



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI
"M.FANNO"

CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA E MANAGEMENT

PROVA FINALE

**EVOLUZIONE RECENTE DEL SISTEMA SANITARIO
STATUNITENSE: UN AVVICINAMENTO AL MODELLO EUROPEO?**

RELATORE:

CH.MO PROF. VINCENZO REBBA

LAUREANDO/A: FRANCESCO TOGNON

MATRICOLA N. 1043555

ANNO ACCADEMICO 2014 – 2015

INDICE

Introduzione.....	3
1 Caratteristiche sistema sanitario statunitense	4
1.1 Procedimento di formazione	4
1.2 Il sistema sanitario americano in generale: le coperture assicurative	7
1.2.1 Le assicurazioni private e approfondimento delle HMOs	8
1.2.1.1 Il caso Kaiser Permanente.....	12
1.2.2 Le assicurazioni pubbliche.....	14
1.2.2.1 Medicare	15
1.2.2.2 Medicaid	19
1.3 Il problema della spesa sanitaria	21
1.3.1 L'evoluzione nel tempo	21
1.3.2 Le cause	23
2 Il "Patient Protection and Affordable Care Act" di Obama.....	26
2.1 Prima dell'Obamacare: da Roosevelt al tentativo di riforma di Clinton	26
2.2 Una grande tappa: l'ACA del 2010	28
2.2.1 I contenuti della riforma.....	30
2.2.2 Pro, contro e impatto sull'opinione pubblica.....	32
2.2.3 Impatto finanziario e dinamiche future.....	35
3 Insegnamento dall'esperienza statunitense per l'SSN	37
3.1 Avvicinamento del sistema americano al modello europeo	37
3.1.1 Una "convergenza negativa".....	39
3.2 I recenti trend della spesa farmaceutica in Italia e negli USA.....	42
3.2.1 L'innovazione in Italia e la collaborazione con gli USA.....	45
Bibliografia.....	48

Introduzione

L'obiettivo che questa tesi si prefigge di raggiungere è quello di introdurre il contesto del sistema sanitario americano, di spiegarne dettagliatamente le caratteristiche, peculiarità, contraddizioni, implicazioni ed effetti nell'economia americana. In secondo, quello di analizzare l'importante evoluzione recente del sistema sanitario americano dovuta all'emanazione e all'entrata in vigore dell'ACA – acronimo di Affordable Care Act – voluta fortemente e ottenuta dal presidente Obama. Verranno prese in considerazione le dinamiche che hanno portato nel corso degli anni, e soprattutto con la riforma sopra citata, ad un graduale avvicinamento del sistema sanitario americano al modello europeo, con particolare attenzione ad analogie e differenze. In ultima verrà analizzato l'andamento della spesa farmaceutica e dell'innovazione in campo medico sia in Italia che negli Stati Uniti.

Capitolo 1: caratteristiche del sistema sanitario statunitense

1.1 Procedimento di formazione

Il sistema sanitario americano non è tanto un unico apparato quanto una pluralità di sistemi grandemente differenziati fra di loro, disposti lungo un continuum che ha, da una parte una medicina meramente privata, finanziata da polizze assicurative individuali che garantiscono una totale libertà nella scelta dei servizi e dei medici, operante in un contesto concorrenziale; dall'altra parte, una struttura a finanziamento integralmente pubblico realizzata attraverso i programmi Medicare e Medicaid.

Il sistema sanitario statunitense è frutto di un lungo processo di aggiustamenti – a differenza del nostro SSN, entrato in vigore a seguito dell'emanazione della legge n.833/1978 – dove manca una vera e propria riforma e per tal motivo è abitudine fare riferimento a otto atti di riforme incrementali (Kirkman-Liff, 1998):

- **atto primo:** l'inizio del XX secolo;
- **atto secondo:** la depressione degli anni Trenta;
- **atto terzo:** la seconda guerra mondiale e il boom delle assicurazioni sanitarie;
- **atto quarto:** la proposta Truman;
- **atto quinto:** la prima grande riforma incrementale pubblica degli anni Sessanta;
- **atto sesto:** gli anni Settanta;
- **atto settimo:** l'introduzione delle managed care degli anni Ottanta;
- **atto ottavo:** la sconfitta dei Clinton degli anni Novanta.

Il primo atto, all'inizio del XX secolo, coincise con il dibattito negli Stati Uniti circa la possibilità di garantire un'assistenza sanitaria, seppur parziale, fornita dallo Stato; tuttavia questa questione si risolse quasi immediatamente, a favore dell'AMA (American Medical Association) la quale spingeva per un sistema sanitario fedele alla tradizione liberista, minimizzando l'intervento dello Stato nell'economia.

Il secondo atto, quello degli anni '30, vide l'emanazione di diversi provvedimenti da parte dell'allora presidente Roosevelt a favore di programmi assistenziali e previdenziali, quali l'indennità di disoccupazione e le pensioni di vecchiaia, racchiusi all'interno della Social Security Act (nota anche come la prima legge di protezione sociale americana). Anche in questa occasione fu determinante l'opposizione dell'AMA, contraria alla proposta del Presidente di far nascere un sistema di assicurazione nazionale contro le malattie (National Health Insurance) facendo in questo modo approvare solo la legge del Social Security Act. E' in questi anni che vi è un fiorire di iniziative basate su un'assicurazione sanitaria di tipo

volontario: la più importante è quella promossa da Sidney Gardfield e Henry Kaiser i quali dettero vita ad una forma di mutualità volontaria nell'ambito dell'industria.

Il terzo atto è riconducibile invece al boom delle assicurazioni sanitarie, negli anni del secondo conflitto mondiale, dove il governo per controllare l'inflazione decise di ridurre i salari: questo spinse gli imprenditori, per attrarre la manodopera senza violare il provvedimento del governo, ad offrire benefit come l'assicurazione sanitaria; tali benefit erano vantaggiosi, dal punto di vista fiscale sia per i datori che per i dipendenti.

Il quarto atto coincide con la proposta del presidente Truman: ripropose l'idea di instaurare un programma di assicurazione sanitaria nazionale, voluta da Roosevelt anni addietro: anche in questa occasione ci fu una dura opposizione dell'AMA (sostenendo questa volta che la medicina non doveva essere "socialized") di fatto abortendo la proposta.

Il quinto atto o riforma incrementale, che dir si voglia fu l'approvazione da parte del Congresso americano, nel 1960, del Medical Assistance Act, provvedimento che prevedeva finanziamenti federali agli stati che avessero erogato l'assistenza sanitaria agli anziani e ad invalidi. L'obiettivo di ampliare la possibilità di accesso all'assistenza sanitaria per le categorie di cittadini con maggiore bisogno di fatto si raggiunse solo nel 1965, grazie al discorso di John Fitzgerald Kennedy quattro anni prima (Special Message on Aiding Our Senior Citizen) nel quale si preannunciava il futuro programma statale "Medicare", rivolto agli anziani. L'assassinio del presidente bloccò l'iniziativa, la quale però venne approvata dal Congresso durante la successiva amministrazione Johnson, grazie ad una netta maggioranza democratica: di fatto venivano istituiti due programmi statali di indubbia rilevanza quali il Medicare (assistenza alle persone oltre ai 65 anni) e il Medicaid (assistenza ai poveri).

Il sesto atto corrisponde al compromesso raggiunto tra i democratici e i repubblicani, culminato con l'istituzione delle HMOs. L'obiettivo dei democratici di raggiungere la copertura sanitaria universale si rivelò di difficile se non di impossibile attuazione in quanto Medicaid copriva solo il 25% della popolazione povera e non tutte le imprese offrivano – nonostante i benefici fiscali garantiti dallo Stato – la copertura sanitaria ai loro dipendenti. Il progetto venne proposto come all'ordine del giorno dai democratici, forti della maggioranza parlamentare (l'allora presidente Nixon, era repubblicano) che vedeva l'attuazione di un sistema sanitario pubblico e privato di cure gratuite per tutti i cittadini. La posizione del governo e dei repubblicani era chiara: preoccupati della crescita esponenziale della spesa sanitaria, puntavano su modelli assistenziali che rispondevano all'esigenza di limitare la spesa. Proprio a questo obiettivo rispondevano le HMOs (Health Maintenance Organizations), organizzazioni che fornivano servizi e prestazioni ambulatoriali, specialistiche ed ospedaliere ai loro iscritti, sotto pagamento di una somma prepagata annualmente. I tratti che

caratterizzavano le organizzazioni dai tradizionali meccanismi assicurativi erano la finalità prettamente non lucrativa, un'attenzione mirata alla prevenzione e all'educazione del paziente e nessun incentivo alla formazione di fenomeni di selezione avversa e di moral hazard (tendenza a sovra-sotto curare i pazienti) dovute ad una asimmetria informativa tra il medico e il paziente. Gli anni ottanta sono caratterizzati da un aumento della spesa sanitaria, dovuta all'applicazione di leggi che allargavano la copertura sanitaria attraverso programmi pubblici – Medicare e Medicaid – facendo di fatto aumentare la spesa sanitaria pro capite da 1067 a 2738 dollari e la percentuale della spesa sul PIL dal 8,9% al 12,2%. L'aumento fu provocato anche dalle compagnie assicurative, basate sul meccanismo sul rimborso delle spese sostenute, andando appannaggio in primo ai pazienti ai quali era concessa la possibilità di scegliere le strutture, i medici a cui rivolgersi; in secondo ai liberi professionisti, i quali potevano decidere circa il prezzo, il tipo e il volume di prestazioni da erogare; andava a sfavore di quelle imprese che offrivano coperture sanitarie ai rispettivi dipendenti, dovendo sostenere costi più alti. Il settimo atto corrisponde alla nascita della managed care; le compagnie assicuratrici, ispirandosi alle HMOs, abbandonano il sistema di rimborso delle spese in favore di quello basato sul pagamento di una quota annuale prepagata: il paziente riceverà le cure dai medici e dalle strutture convenzionate, sulla base di un piano predefinito. In questo modo nascono le MCOs, managed care organizations, le quali non si limitano solo a commercializzare polizze ma anche alla gestione dei piani assistenziali; le imprese giovano di questo cambiamento rivolgendosi in massa alle HMOs che diventano in gran parte organizzazioni no-profit quotate in borsa e di fatto, godendo di ingenti capitali e ottenendo profitti e avanzi di gestione cospicui. La managed care ha comportato la riduzione dei costi sanitari e per questo si affacciò l'ipotesi che un medico potesse ridurre le cure al paziente in vista di un interesse economico personale, in quanto i salari dei medici potevano essere ridotti se il costo dell'assistenza sanitaria erogata era troppo alta (fenomeno dell'over-treatment). L'ottavo atto, è riconducibile al tentativo di riforma di Clinton, che si rivelerà fallimentare, come verrà spiegato a tempo debito nel secondo capitolo: l'obiettivo era sempre quello di istituire un sistema di copertura sanitaria universale, promosso dall'allora presidente Clinton (1992), incontrando però la resistenza delle lobby contrarie ad un sistema puramente statale, dando vita ad una campagna pubblicizzata e rinforzata attraverso i media.

1.2 Il sistema sanitario americano in generale: le coperture assicurative

Il sistema sanitario americano è caratterizzato da molte contraddizioni, è il sistema più costoso al mondo e registra performance di salute tra le peggiori tra i Paesi industrializzati. Basti pensare che attualmente (secondo ultimi dati del 2013) la spesa sanitaria americana copre il 16,4% del PIL e questa percentuale è destinata a crescere: nel corso del XX secolo è passata da 253 miliardi di dollari (1980) a quasi 3.000 miliardi (2013).

A differenza di altri Paesi sviluppati – Italia, Germania, Francia ecc – il sistema sanitario americano non è coercitivo: non impone agli abitanti la sottoscrizione di un'assicurazione, non garantendo in questo modo l'equità nell'accesso ai servizi sanitari. Anche se in ogni caso, il fatto che il settore sanitario statunitense non sia centralizzato permette che esso sia più permeabile all'innovazione, sia per quanto concerne l'assicurazione sanitaria sia per quanto riguarda la possibilità di introdurre nuovi trattamenti medici.

Il sistema sanitario americano è un complesso mosaico che comprende ospedali a scopo lucrativo oppure non profit, ospedali di proprietà del governo e ospedali da esso gestiti, un insieme di piani sanitari pubblici e privati, uffici di medici privati e cliniche pubbliche, centri sanitari comunitari a finanziamento pubblico, centri di carità gestiti localmente e cure fornite attraverso organizzazioni filantropiche private.

Gli introiti detratti delle tasse costituiscono la maggior parte dei finanziamenti per i programmi pubblici, con una divisione dei costi richiesta, in taluni casi, dal destinatario dei benefici. La maggior parte dei beneficiari di assicurazioni sanitarie private riceve copertura attraverso il posto di lavoro che occupa, con una condivisione di pagamento dei premi tra il datore di lavoro e il dipendente.

Per quanto riguarda la copertura degli americani contro il rischio sanitario, il ricorso alle assicurazioni private è di gran lunga superiore a quello delle assicurazioni pubbliche (es. Medicare, Medicaid). Questo trova fondamento secondo statistiche del 2013, a cura dello US Census Bureau, dalle quali risulta che in una popolazione di 313 milioni di abitanti:

- gli assicurati ammontano a 271,4 milioni, pari all'86,6% del totale e si dividono:
 - 201,1 milioni (64,2%) assistiti da assicurazioni private di cui;
 - 169 milioni (54%) da assicurazioni private sull'impiego;
 - 34,5 milioni (11%) da assicurazioni acquistate individualmente.
 - 107,6 milioni (34,1%) assistiti da programmi pubblici di cui:
 - 49 milioni (15,6%) da Medicare;
 - 54,1 milioni (17,2%) da Medicaid;
 - 14,1 milioni (4,5%) dall'organizzazione sanitaria militare.

- le persone prive di una copertura assicurativa ammontano a 42 milioni, pari al 13,4% del totale.

Da una prima lettura si può notare che le percentuali e i numeri superano rispettivamente l'unità (100%) e la popolazione americana (313 milioni) in quanto una stessa persona può essere titolare di diverse soluzioni assicurative.

Di notevole importanza è la percentuale relativa alla porzione di popolazione non assicurata – circa il 13,4% del totale – la quale ha incominciato ad aumentare (a partire appunto dal 2008) con lo scoppio della crisi economica. Proprio per questo motivo il settore della salute, negli Stati Uniti, è spesso criticato – sia all'interno degli USA sia all'estero – per l'alto numero di persone senza assicurazione. Infatti la crisi ha avuto effetti a dir poco disastrosi sia sul piano occupazionale e di conseguenza su quello assicurativo: 6,9 milioni di persone si sono ritrovate senza un lavoro (aumento della disoccupazione del 2,9% nel 2008) e 3 milioni senza una copertura assicurativa (sono quasi 7 milioni le assicurazioni in meno fornite direttamente dal datore): per questi motivi e dinamiche molte persone sono state arruolate in Medicaid o in assicurazioni del coniuge. E' pur vero che la percentuale di persone adulte (over-18) non assicurate è calata – secondo stime del 2014 dall'istituto di ricerca "Gallup" – dal 18% del terzo quadrimestre del 2013, al 13% del secondo quadrimestre del 2014, merito della grande riforma "Patient Protection and Affordable Care Act" del 2010.

1.2.1 Le assicurazioni private e approfondimento delle HMOs

Il settimo atto – che coincide con la nascita della managed care – trasforma radicalmente il sistema assicurativo privato statunitense. Negli anni 80 le MCOs iniziano a ricoprire un ruolo rilevanza non trascurabile tant'è vero che in ogni Stato possiamo trovare grandi colossi industriali con milioni di iscritti. Secondo classifiche del 2006, al primo posto per numero di iscritti troviamo “Wellpoint, inc” con più di 27 milioni di iscritti; al secondo e terzo posto troviamo rispettivamente “UnitedHealth Group, inc” e “Aetna, inc” con 21 e 14 milioni; infine al quinto posto, con quasi 9 milioni di iscritti troviamo la Kaiser Permanente (importante MCOs nata su iniziativa di Sidney Garfield e Henry Keiser).

Attualmente le HMO hanno riscosso grandissimo successo sul piano finanziario, come detto in precedenza, con quotazioni in borsa, distribuendo ai soci azionisti dei dividendi a dir poco rispettabili.

Nel corso degli anni si è assistito ad una proliferazione di MCOs, tant'è che in media, in ogni Stato americano, ne possiamo trovare dalle cinque alle dieci compagnie private. Il tipo di prodotto offerto dalle imprese ai clienti che usufruiscono dei servizi, si è diversificato, e per questo possiamo suddividere le MCOs in tre grandi gruppi:

- le **Health Maintenance Organisations (HMOs)**: organizzazioni che forniscono cure e assistenza per le assicurazioni sanitarie, sotto pagamento di un somma. Permettono all'iscritto di scegliere il medico di famiglia (Primary Care Physician) tra quelli proposti dall'organizzazione; può solo rivolgersi alle strutture convenzionate e all'inizio la formula non prevedeva franchigie o altro tipo di partecipazioni alla spesa, anche se successivamente sono state introdotte;
- le **Preferred Provider Organisations (PPOs)**: a differenza delle prime, l'iscritto ha più libertà nella scelta del medico di famiglia con minori vincoli burocratici; l'accesso alle cure secondarie può anche avvenire senza prescrizione del PCP; l'iscrizione a questo tipo di organizzazione, per contro, è più costosa prevedendo forme di partecipazione alla spesa;
- **Point of Service plan (POS plan)**: piano assicurativo che offre agli iscritti la possibilità di rivolgersi ai provider dell'organizzazione, con la prescrizione del PCP, o altrimenti rivolgersi ad altre strutture non convenzionate, ma sostenendo costi di partecipazione alla spesa e franchigie.

Approfondendo il discorso delle HMOs, i primi esempi di queste organizzazioni si ebbero nella prima decade del 1900, le quali fornivano assistenza sanitaria contro il pagamento di una quota prepagata. Ad esempio nel 1910, la Western Clinic di Tacoma offriva ai proprietari

delle segherie e ai rispettivi dipendenti un servizio di assistenza sanitaria contro il pagamento di 0,50\$ mensili. Tuttavia la Ross-Loss Medical Group viene considerata la prima vera HMO: fondata nel 1929 e avente sede a Los Angeles, essa forniva assistenza agli impiegati dello stato di Los Angeles e al DWP (Los Angeles Department of Water and Power). Negli anni seguenti l'assistenza venne estesa anche ai vigili del fuoco e alla polizia (dello stato di Los Angeles).

Tuttavia, durante il corso del XX secolo, noi possiamo individuare due modelli distinti di HMO: un primo, dove la HMO si presentava come la reazione che alcune grandissime imprese avevano manifestato, sfidate dagli incessanti aumenti dei prezzi dei premi assicurativi dei loro dipendenti: lo scopo era quello di istituire delle strutture sanitarie a livello aziendale gestito da personale medico e paramedico reclutato ad hoc in grado di fornire un'assistenza migliore di quello fornito dalle compagnie di assicurazione, a costi più bassi. Rientrano in questa prima "versione" di HMO i due casi precedenti appena analizzati e la Kaiser Permanente, industria leader nel settore metallurgico, delle infrastrutture e minerario.

La seconda generazione delle HMOs si ebbe nel 1973 con l'emanazione delle leggi in campo sanitario del 1973 e del 1995: una nuova forma di HMO, diversa dalla prima, per la gestione dell'assistenza sanitaria. Prendendo spunto dal modello HMOs, le compagnie assicuratrici abbandonarono il sistema a rimborso e adottano il meccanismo della quota annuale prepagata diventando delle Managed Care Organisations (MCOs), le quali non solo commercializzavano le polizze ma estendevano il loro business alla contrattazione con i provider e alla gestione dei piani assistenziali, con l'obiettivo di ridurre i costi.

Le nuove MCOs sono piani prepagati che si prendono cura di tutte le necessità mediche dei propri iscritti, fungendo da assicuratori, erogatori di assistenza per periodi concordati col paziente e quindi sulla base di un piano assistenziale predefinito.

La tendenza delle HMO è proprio quella di fare a "gara" per rifiutare il maggior numero di richieste di assistenza sanitaria; il direttore sanitario ha il compito di far risparmiare il più possibile alla rispettiva compagnia. Ad esempio in Humana (compagnia di assicurazioni), i medici dovevano garantire un 10% dei rifiuti, con naturalmente incentivi economici a loro favore. La filosofia è questa: il pagamento per l'assistenza sanitaria viene considerata una perdita medica per la compagnia, mentre è un risparmio se nega l'assicurazione al paziente.

Un'importante critica del sistema sanitario statunitense fu quella di Linda Peeno - impiegata presso Humana e direttore medico presso la Blue Cross Shield Association – la quale, il 30 maggio 1996 denunciò davanti al Congresso degli Stati Uniti d'America i lati oscuri delle compagnie private: nella primavera nel 1987 la Peeno, in qualità di consulente medico negò il trapianto di cuore ad un paziente, causandone la morte. Essa non fu mai considerata diretta

responsabile; al contrario fu premiata dall'organizzazione, per aver fatto risparmiare costi che altrimenti sarebbero stati sostenuti, migliorando la sua reputazione e l'avanzamento di carriera.

Tutto questo per la ricerca del profitto, e che ha portato conseguenze – come visto – dannose e controproducenti per i pazienti. Proprio per questo ogni intervento, diagnostico o terapeutico, deve essere preautorizzato pena la non copertura e questo ha indotto numerosi osservatori a denunciare il fatto che molte HMO sono incentivate a limitare le proprie prestazioni e a negare ai propri iscritti cure crucialmente necessarie, come appena visto.

1.2.1.1 – Il caso Kaiser Permanente

Nel contesto delle assicurazioni private spicca la Kaiser Permanente, la più grande managed care organisation no-profit negli Stati Uniti, nata nel 1945. E' un'organizzazione unica nel panorama della sanità americana, nata in California dall'incontro tra Sidney Gardfield - medico visionario e tenace – e Henry Keiser, imprenditore e finanziatore del progetto, disposto ad investire nelle idee del medico. La più importante innovazione portata da KP è la forma di finanziamento delle cure: mentre nel sistema sanitario americano vigeva il sistema “fee-for-service” (ossia pagamento del prezzo di ogni prestazione), Sidney Gardfield trovò nel prepagamento dell'assistenza (es. in quote mensili), lo strumento giusto per incentivare le persone ad assicurarsi, contro il preventivo pagamento di una somma quasi irrisoria. A lui venne commissionata l'organizzazione dell'assistenza sanitaria del personale della Kaiser Company, incaricato alla costruzione di una diga in Maison City. Veniva garantita un'offerta molto diversificata di servizi: attività specialistica, diagnostica, cura infantile, cure primarie ed ospedaliere; il progetto riscosse successo - soprattutto per la qualità delle prestazioni fornite – e venne suggellato dall'incontro di S. Gardfield con Henry Kaiser, con il quale collaborò anche durante gli anni del secondo conflitto mondiale, per garantire assistenza ai lavoratori della Permanente Metal Corporation (società posseduta dalla Kaiser Company, addetta alla costruzione di navi).

Inevitabile fu lo scontro con l'AMA, la quale vedeva nel neonato progetto di Gardfield una minaccia per il sistema sanitario americano, ossia la più grande organizzazione fondata su prepagamento e medicina di gruppo.

Il secondo dopoguerra fu un periodo molto importante per la crescita di KP, favorita dall'adesione di scuole, università, municipi e soprattutto per il numero crescente di iscritti: 300.000 nel 1955, 800.000 nel 1960 e tre milioni a metà anni Settanta. Attualmente conta più di nove milioni di iscritti, 174.000 dipendenti, 17.000 medici, 48.000 infermieri, 38 centri medici e 608 uffici.

KP si caratterizza per la presenza al suo interno di tre diverse articolazioni, funzionando come un consorzio:

- **Kaiser Foundation Health Plan:** è il braccio assicurativo di KP: assicura al consorzio le funzioni finanziarie, gli investimenti e l'amministrazione degli iscritti, la ricerca, sostegno per progetti a carattere educativo nonché caritatevole;
- **Kaiser Foundation Hospitals:** è un'organizzazione no-profit che possiede ospedali gestiti e da medici e che fornisce assistenza sanitaria ai membri della KFHP in ogni rispettiva regione. La caratteristica di tale organizzazione è quella di non avere medici

e specialisti propri, ma di avvalersi di quelli che appartengono alla Permanente Medical Groups. Sia KFHP che KFH – entrambe no-profit – sono indipendenti l'una dall'altra, ma viene garantita sempre piena collaborazione tra entrambe le organizzazioni in quanto condividono lo stesso CDA.

- **Permanente Medical Groups:** organizzazioni a scopo lucrativo costituite come associazioni professionali di medici su base regionale, finanziate dalla KFHP. Ciascuna Permanente Medical Group ha un suo CDA e possiede autonomia nella scelta dei medici attraverso un internato pluriennale con la finalità di far conoscere tutte le strutture del gruppo nonché di verificare la capacità di inserimento nel gruppo dei nuovi arrivati.

Questa organizzazione interna ha assicurato la possibilità di praticare una medicina multidisciplinare integrata, e di sviluppare una HMO fortemente orientata alla ricerca e alla qualità che si esprime non solo nell'attività clinica ma anche nei processi di care management. Le ragioni del successo di Kaiser Permanente, oltre a quanto detto, possono essere riconducibili alla modalità di erogazione dell'assistenza e alla gestione dei processi assistenziali. Per quanto riguarda il primo punto, KP è caratterizzato da una forte integrazione tra cure primarie e secondarie, consentendo ai pazienti di muoversi con facilità tra ospedale e comunità, o verso le skilled nursing facilities – equivalenti alle nostre Residenze Sanitarie Assistenziali – ad alto contenuto assistenziale infermieristico e riabilitativo. In secondo luogo, KP integra prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Molto importante anche la gestione delle malattie croniche, a cui KP ha dato molta importanza soprattutto negli anni Novanta, per far fronte ad una domanda assistenziale in continuo mutamento.

Per quanto riguarda il secondo punto – la gestione dei processi assistenziali – l'uso di percorsi assistenziali da parte di KP è utilizzato per numerose patologie. Esempio, in ogni ricovero vengono stabilite tutte le operazioni che verranno compiute in ogni giorno della degenza ospedaliera (interventi di protesi d'anca, es.); un'equipe è addetta all'organizzazione della dimissione del paziente e all'addestramento al self-care garantendo disponibilità di personale a domicilio in caso di bisogno del paziente. Le skilled nursing facilities sono importanti nei casi in cui non è possibile il rientro immediato a domicilio da parte del paziente, svolgendo un ruolo importante nella riduzione delle giornate di degenza, e conseguentemente anche di risparmio finanziario.

1.2.2 – Le assicurazioni pubbliche

Il sistema sanitario americano è finanziato oltre che dalla componente privata che da quella pubblica, dove il rapporto tra questi due “pilastri” è mutato nel corso degli anni: partendo dal 1960, dove il rapporto era 75/25 (21 miliardi delle compagnie private confrontati con i 7 di quelle private); nel 1965, il divario è notevolmente diminuito, con l’istituzione di due programmi molto importanti, Medicare e Medicaid, fino ad arrivare nel 2013 dove si registra un rapporto di 53/47, sempre a favore delle assicurazioni private (1500/1400 miliardi di dollari). Medicare e Medicaid rappresentano due progetti che hanno introdotto quel carattere pubblico tanto desiderato e voluto dagli americani, in quanto una porzione consistente della popolazione statunitense non poteva permettersi (per ragioni economiche) l’acquisto di una polizza sanitaria; in altre parole, si è voluto garantire un piano di assistenza sanitaria gratuita a quella fascia di popolazione più bisognosa, dai più anziani a più alto rischio sanitario (Medicare) fino a quei gruppi a basso reddito (Medicaid).

Indubbio è l’impatto positivo di queste due nuove introduzioni nel sistema sanitario americano, che ha permesso a quasi tutta la popolazione di assicurarsi, fornendo un’assistenza pubblica che è coerente ai principi di ciascun paese industrializzato e democratico, come insegna l’esperienza europea (Inghilterra, Italia, Francia ecc) a cui hanno voluto avvicinarsi gli USA.

Nonostante ciò, nel 2008, erano 50 milioni i non assicurati, pari al 15% del totale ; da qui il forte desiderio di cambiamento e innovazione, voluto e realizzato dall’attuale presidente Obama, con appunto l’Obamacare del 2010.

1.2.2.1 – Medicare

Medicare è un programma di assicurazione sociale nazionale, gestito dal governo federale degli Stati Uniti dal luglio del 1965, quando fu istituito dal Congresso attraverso il titolo XVIII del Social Security Act. Lo scopo principale del programma è quello di garantire la copertura federale per le spese mediche delle fasce meno protette della popolazione nonché quelle a più alto rischio sanitario, e che non si potevano permettere il pagamento di costose polizze assicurative private.

In generale, tutte le persone che abbiano compiuto 65 anni di età (ed oltre) e che sono residenti legali negli Stati Uniti da almeno cinque anni hanno diritto alla copertura fornita dal programma Medicare. Anche gli under-65 con disabilità possono beneficiare della copertura se ricevono benefici dalla Social Security Disability Insurance (SSDI).

In definitiva le persone che rientrano nel programma Medicare devono soddisfare i seguenti requisiti:

- essere cittadini statunitensi over-65 per almeno cinque anni (continui e permanenti) ed aver pagato per almeno 10 anni le tasse richieste dal programma;
- gli under-65, portatori di disabilità, che beneficino del programma SSDI (Social Security Disability Insurance) o in alternativa del Railroad Retirement Board (programma istituito dal governo nel 1935 per tutelare gli ex-lavoratori occupati in precedenza nel settore ferroviario) per almeno 24 mesi (2 anni) dal momento in cui la disabilità (e quindi il diritto a ricevere assistenza) è sorta;
- coloro che si sottopongono a dialisi per malattie renali terminali e che necessitano di un trapianto di rene;
- coloro che, già coperti dal programma SSDI, sono affetti dalla sclerosi laterale amiotrofica (SLA, conosciuta anche come malattia di Lou Gehrig).

Prima dell'approvazione della legge nel '65, solo il 54% degli anziani aveva un'assicurazione che copriva le spese ospedaliere, ovvero solo coloro che riuscivano ad acquistare una costosa polizza assicurativa. Lo scopo di Medicare, oltre a quello di tutelare le persone meno abbienti come anziani e portatori di disabilità come detto in precedenza, era quello di cercare di limitare le disuguaglianze economiche, presenti nel contesto americano, garantendo la fornitura dell'assistenza sanitaria, diritto inviolabile dell'uomo.

Nel 2007 circa 43 milioni di persone erano arruolate nel programma (anziani over 65, alcune categorie di invalidi e i pazienti nefropatici cronici gravi – End-Stage Renal Disease Program). Nel 2010, gli arruolati sono aumentati a 48 milioni, di cui 40 milioni anziani over 65, e i restanti 8 milioni persone con disabilità.

Il programma è finanziato attraverso quattro differenti fonti, di cui la più importante è rappresentata dal contributo obbligatorio delle imprese e dei dipendenti; le altre tre sono la fiscalità generale, le polizze pagate dai beneficiari e la partecipazione alla spesa dei pazienti.

In questi ormai 50 anni, dalla sua istituzione, Medicare ha subito numerosi cambiamenti: nel 1972, le iniziali disposizioni sono state allargate in modo da coprire le terapie del linguaggio (esempio logopedia), fisica e chiropratica; negli anni '80, è stata aggiunta la possibilità di effettuare i pagamenti alle HMOs. Nel corso degli anni il Congresso ha ampliato Medicare a favore di quelle persone (di qualunque età) che avessero disabilità permanenti, ricevendo aiuti (Security Disability Insurance, SDI) e a quelle persone affette da malattie renali allo stadio terminale (ESRD). Inoltre, l'associazione con le Health Maintenance Organisations, incominciata negli anni '80, fu formalizzata da Clinton nel 1997. Nel 2003, durante la presidenza di George W. Bush, venne introdotta la legge che permetteva al programma statale Medicare di coprire pressoché tutte le spese mediche (il nuovo programma divenne attivo tre anni dopo).

Fin dalla sua istituzione come programma sanitario statale, sono stati fatti progressi nel campo della scienza e medicina e l'aspettativa di vita è aumentata di conseguenza. Il fatto che la vita media della popolazione americana è aumentata rende necessario servizi anche per coloro che si trovano in una fase di vecchiaia avanzata. Così nel 1982, il Congresso introdusse un servizio di accoglienza (ospizio) per questa fascia di popolazione su una base provvisoria. Due anni più tardi nel 1984, l'ospizio divenne un beneficio permanente. Il Congresso allargò ulteriormente Medicare nel 2001 per coprire le persone (di qualsiasi età) portatrici della sclerosi laterale amiotrofica.

Medicare è un programma assistenziale complesso, composto attualmente da quattro parti: parte A, B, C e D.

In dettaglio:

- **Medicare Parte A (assicurazione ospedaliera).** Gli assistiti hanno la facoltà di scegliere il professionista e il luogo di cura e Medicare rimborsa direttamente gli erogatori. Se a una persona Medicare Parte A non viene automaticamente offerta gratis, quella persona può tuttavia iscriversi tramite il pagamento di un premio. La maggior parte delle persone non deve pagare un premio d'assicurazione per Medicare Parte A, perché loro stesse o il coniuge hanno pagato i contributi Medicare lavorando negli Stati Uniti. Il programma concorre alla copertura delle spese d'assistenza in caso di ricovero ospedaliero (ad eccezione di quelle coperte dalla Parte B), in casa di cura specialistica; la partecipazione alla spesa varia a seconda della durata del ricovero (esempio fino a 60 giorni la quota fissa è pari a \$1068). Copre le spese d'assistenza

domiciliare (servizi infermieristici, domestici e di riabilitazione) e presso luoghi cura d'ospizio. Questi servizi sono erogati da apposite agenzie (Home Health Agencies), senza particolari limitazioni e senza compartecipazione alla spesa; prevista la partecipazione del 20% solo per l'erogazione di presidi durevoli (carrozze, deambulatori ecc). In ultima, viene garantita l'assistenza in Skilled Nursing Facility, strutture con qualificata assistenza infermieristica dove Medicare rimborsa i costi – fino a 100 giorni di degenza – a condizione che il paziente sia stato sottoposto a ricovero di almeno 3 giorni e che vi acceda non oltre 1 mese dalla dimissione.

- **Medicare Parte B (assicurazione medica).** E' un programma supplementare volontario aperto a tutti i beneficiari di Medicare. Finanziato in parte dai fondi federali e da una polizza assicurativa mensile (\$96,40), concorre al pagamento delle parcelle dovute a medici e ad altri prestatori di servizi di assistenza medica, spese per apparecchi medico-sanitari e spese per assistenza a domicilio (a totale carico di Medicare); concorre al pagamento di servizi di prevenzione sanitaria come vaccinazioni, (antinfluenzale), screening (Pap-test) e per altri esami (mammografia, prostata, per i quali è prevista una partecipazione del 20% alle spese).

La parte A e la parte B rispondono alle caratteristiche dell'Original Medicare Plan, in quanto sin dal momento della sua istituzione era composto da queste due parti. Nel 1997 il Parlamento americano approvò una nuova formula Medicare + Choice Plans che consentiva ai beneficiari di iscriversi alle MCOs. In questo caso Medicare versa una quota capitolaria alle MCO ed essa si impegna ad erogare gli stessi livelli assistenziali previsti dal piano "originale" con la possibilità di offrire prestazioni a condizioni vantaggiose (esempio copertura spese farmaceutiche). In dettaglio;

- **Medicare Parte C (conosciuta anche come Medicare Advantage).** I piani Medicare Advantage sono un modo per ottenere i benefici e i servizi coperti da Parte A e Parte B. La maggior parte dei piani di Medicare Advantage concorre al pagamento dei farmaci con prescrizione (Parte D di Medicare); alcuni piani Medicare Advantage possono comprendere altri benefici pagando un supplemento;
- **Medicare Parte D (copertura assicurativa Medicare sui farmaci con prescrizione).** Si tratta di un'assicurazione facoltativa per coprire le spese per le prescrizioni farmaceutiche. Introdotta e divenuta operativa il 1° gennaio 2006, è gestita dalle assicurazioni private sulla base della cornice normativa nazionale, quindi esposta a differenze tra Stato e Stato. Può aiutare ad abbassare le spese per farmaci con prescrizione e aiuta a proteggere dall'aumento del costo dei farmaci. La condizione per accedervi è quella di rientrare nei piani A, B e acquistare un

Prescription Drug Plan (tariffa minima \$30,14 mensile) o un Medical Advantage Plan; piani approvati e regolati dal programma Medicare e gestiti dalle compagnie sanitarie di assicurazioni private. Costi e benefici variano a seconda del piano che viene scelto (es. quale classe di medicine coprire, in tutto o in parte).

1.2.2.2 – Medicaid

L'istituzione di Medicaid nel 1965, tramite il titolo XIX del Social Security Act (lo stesso emendamento utilizzato per la creazione di Medicare), fu considerata “una appendice legislativa a Medicare” (a legislative afterthought to Medicare); oggi questo programma viene definito come “il cavallo da tiro del sistema sanitario americano” (the workhorse of US health system). Medicaid infatti è il programma di assistenza sanitaria che risolve i problemi più pesanti e urgenti della sanità americana: non va solo a garantire assistenza per quella fascia di popolazione a basso reddito (bambini, donne in gravidanza, disabili, anziani, malati di AIDS), ma “entra in azione” durante le emergenze e calamità naturali (esempio, dopo l'uragano Katrina che colpì New Orleans il 23 agosto 2005) ed è intervenuta per soccorrere le persone colpite dagli attentati dell'11 settembre 2001 al WTC.

Medicaid non è un programma interamente federale, a differenza del cugino Medicare (dove i criteri di accesso sono uniformi in tutto il territorio americano), in quanto è in parte federale (il governo centrale stabilisce i criteri generali di accesso e finanzia in gran parte il programma) e in parte statale (programma misto). Per questo i singoli Stati danno un nome al programma (esempio “Medi-Cal” in California o “Mass-Health” in Massachusetts) e hanno propria autonomia sia nella definizione dei requisiti di accesso (es. soglie di reddito) che nella sua gestione. Per questo motivo è stato istituito il CMS (acronimo di Centers for Medicare and Medicaid services), agenzia federale facente parte del “Dipartimento della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti d'America” alla quale spetta l'amministrazione del programma Medicare e collabora con gli Stati della federazione monitorando i requisiti per la fornitura, consegna, qualità dei servizi e le condizioni di accesso.

Il governo centrale finanzia gli Stati attraverso appositi fondi per renderli in grado di garantire l'assistenza sanitaria ai rispettivi abitanti, che rientrano nelle categorie tutelate dal programma. L'obiettivo è chiaro: sostenere gli Stati la cui popolazione non si può permettere l'accesso all'assistenza sanitaria in quanto il reddito percepito non è sufficiente a coprire i costi delle spese sanitarie. La possibilità di avere diritto all'assistenza sanitaria Medicaid dipende dall'età di una persona, se la persona è incinta, se è cieca o ha altre disabilità, e se è cittadina degli Stati Uniti. Anche certe persone, non cittadine ma emigrate legalmente negli Stati Uniti, possono avere diritto a Medicaid. Se per una donna il travaglio e il parto del bambino sono coperti da Medicaid, l'assistenza può coprire anche il bambino fino a 1 anno, senza bisogno di fare domanda di assistenza.

Sono coperti dal programma anche coloro che beneficiano del programma SSI (Supplementar Security Income, programma federale del governo degli Stati Uniti d'America che provvede

ad assegnare uno stipendio mensile agli anziani con più di 65 anni d'età, ai ciechi o ai disabili): altrimenti, per rientrare in Medicare occorre provare l'inabilità fisica (es. cecità, sordità) o mentale che rende impossibile l'esercizio di una attività lavorativa.

Ad esempio per i minori (fino a 18 anni) la soglia di reddito che permette l'accesso a Medicaid è il 200% della soglia federale di povertà (nel 2008 la soglia fissata era pari a \$21200 per una famiglia composta da due coniugi e due figli); vale a dire che rientravano nella categoria degli aventi diritto all'assistenza sanitaria i minori in una famiglia con un reddito non superiore a \$42400. Per le donne in gravidanza, la soglia mediana di accesso è pari al 185%, per gli anziani e disabili il 74%; non hanno diritto di accesso al programma gli adulti - non disabili, non anziani – senza figli a carico, anche se poveri.

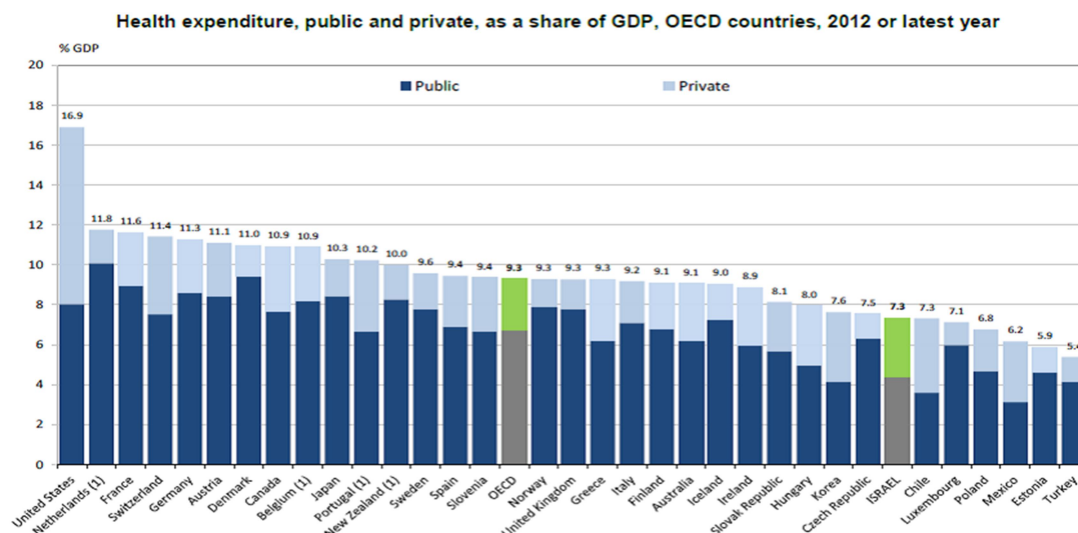
Persone assistite da Medicaid che sono affette da disabilità o sono anziane, possono anche ricevere assistenza per servizi quali assistenza sanitaria domiciliare oppure servizi offerti a domicilio e da comunità locali. A seconda delle regole vigenti nei vari Stati, ai cittadini può essere chiesto di pagare una piccola parte della spesa per alcuni servizi medici. Se una persona ha diritto sia a Medicare che a Medicaid, la maggior parte delle spese per assistenza sanitaria saranno coperte, compresa la copertura per i farmaci con prescrizione.

Nel 2007 la spesa di Medicaid è stata 333 miliardi di dollari di cui il 57% a carico del bilancio federale e il restante 43% ai singoli stati. Secondo le stime del 2007, la categoria più assistita dal programma sono i minori (23,5 milioni) con una spesa media per iscritto pari a 2435\$, seguono gli adulti (11 milioni) con 3586\$, i portatori di disabilità (8,5 milioni) con 14858\$ e gli anziani (5 milioni) con 14058\$. Si nota chiaramente che il costo medio sostenuto da anziani e portatori di disabilità è quasi 6 volte di quello per i minori: per questo le prestazioni sono completamente gratuite per i bambini e le donne in gravidanza, con eventuali copagamenti decisi dai vari Stati. Medicaid fornisce un pacchetto ampio di prestazioni, alcune di queste obbligatorie: servizi ospedalieri (sia degenza che ambulatoriali), medici, diagnostici, assistenza domiciliare e attività preventive. Altre prestazioni sono opzionali e quindi decise da Stato a Stato: servizi odontoiatrici, oncologici, assistenza farmaceutica, riabilitativa ecc.

1.3 – Il problema della spesa sanitaria

1.3.1 – L'evoluzione nel tempo

La spesa sanitaria USA è la più alta del mondo. Il primato degli USA interessa sia come spesa pro-capite (\$8.745 del 2013), sia come % del PIL (16,4%, 2013), equivalente a quasi 3.000 miliardi di dollari. I grafici sottostanti mettono in relazione la spesa sanitaria americana in % sul PIL (grafico 1) e la spesa pro capite (grafico 2) con i relativi dati dei paesi più sviluppati nel mondo.

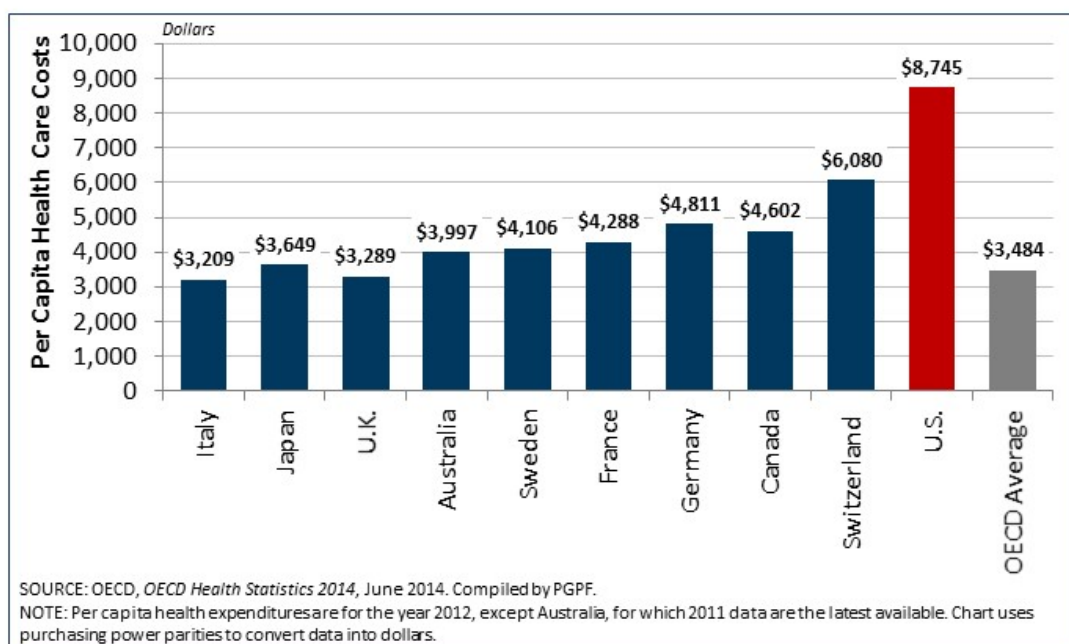


1. Total expenditure excluding capital expenditure.

Source: OECD Health Statistics 2014.



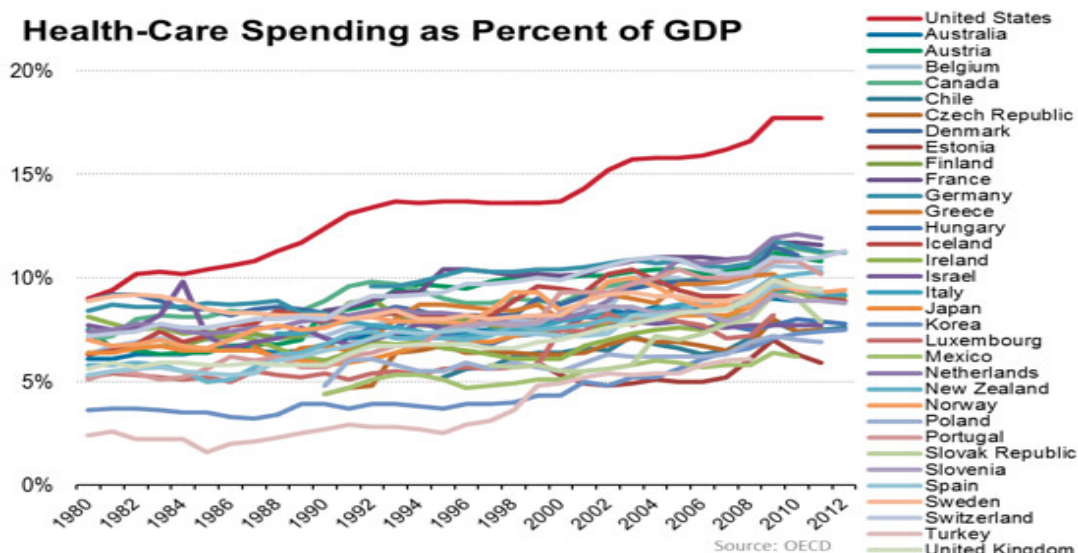
Americans spend over twice as much per capita on healthcare as the average developed country does



©2014 Peter G. Peterson Foundation

PGPF.ORG

Colpisce anche il ritmo di crescita della spesa (grafico 3): nel 2007 ha superato i 2.200 miliardi di dollari, più di 3 volte i 714 miliardi di dollari spesi nel 1990, più di 8 volte i 253 miliardi di dollari spesi nel 1980. Un ritmo di crescita di gran lunga superiore rispetto sia al tasso annuale di incremento dell'inflazione, che a quello del PIL. Va tuttavia notato che nel 2007 si è registrato un incremento della spesa relativamente contenuto, ovvero del +6,1% rispetto all'anno precedente, il più basso dal 1998 (era stato del +6,7% nel 2006, del +8,2% nel 2004, del +6,6% nel 2000).

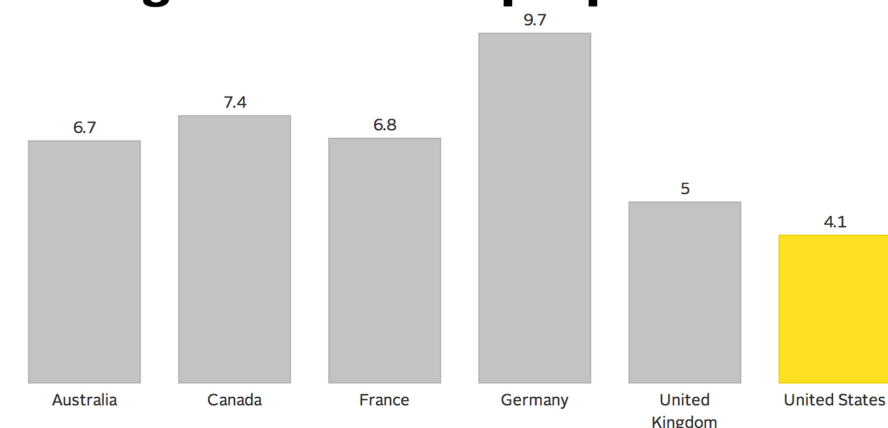


Tutti e tre i grafici danno dimostrazione di un primato inarrestabile degli Stati Uniti, dove la % di spesa sanitaria sul PIL è di gran lunga superiore a quella dei maggiori Paesi del mondo (e di conseguenza della media dei Paesi OCSE pari a 8,9% nel 2013); la spesa pro-capite americana è addirittura il doppio della loro media (pari a 3.484\$ nel 2012 e diminuita di poco nell'anno seguente, pari a 3.453\$) e il ritmo di crescita della spesa sanitaria è il più alto a dispetto degli altri Paesi più industrializzati, i quali hanno una spesa molto più costante. Non resta che analizzare i motivi che rendono la spesa sanitaria americana la più alta nel mondo.

1.3.2 – Le cause

Per comprendere meglio il motivo dell'alta spesa in sanità negli USA dobbiamo interrogarci circa le cause che spiegano questo fenomeno. Potrebbe essere naturale pensare che gli americani si rechino da professionisti sanitari con una frequenza molto alta: non è così, in quanto la media di assistenza medica negli USA è minore rispetto a quella dei Paesi europei, come raffigurato nel grafico sottostante.

Average doctor visits per person



Source: Commonwealth Fund

V

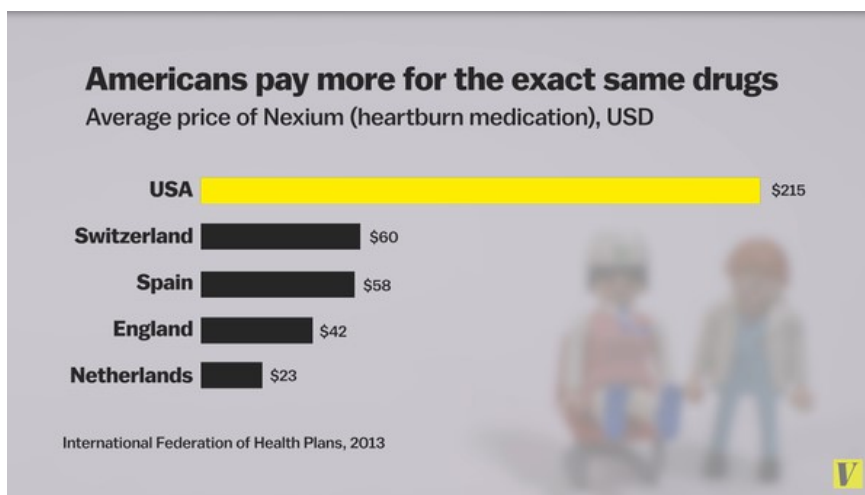
Le cause si possono così riassumere:

- **prezzi elevati delle assicurazioni sanitarie;**
- **costi amministrativi;**
- **innovazioni tecnologiche in medicina;**
- **lo stato di salute della popolazione statunitense.**

La prima causa – e sicuramente quella più influente - sono i prezzi elevati delle prestazioni, per cui molte persone, meno abbienti non possono permettersi l'acquisto di una polizza assicurativa. Infatti il loro elevato prezzo riflette naturalmente gli elevati costi della sanità americana. Si contano che nel 2013 siano circa 42 milioni di persone, ossia il 13,4% della popolazione totale, a non essere assicurata (4 milioni in meno rispetto al 2008 precedentemente aumentate a seguito della recessione economica). Le spese possono essere talmente alte da portare intere famiglie a dichiarare la bancarotta (bankruptcy: procedimento legale regolato dalla Federal Bankruptcy Act mediante il quale le disponibilità del debitore vengono liquidate il più rapidamente per soddisfare le esigenze dei creditori): basti pensare che in oltre la metà dei casi di richiesta delle procedure fallimentari ricorre una causa medica (malattia, infortunio ecc) comportando nel 28% dei casi ad un collasso finanziario. Dati che riflettono l'inadeguatezza nonché la debolezza del sistema assicurativo americano: al

momento della stipula di un normale contratto assicurativo il cliente viene “inondato” di clausole che impongono co-pagamenti, tetti di spesa, spese non rimborsabili ecc.

Per fare un esempio, in America si spende molto di più, rispetto a Svizzera, Spagna, Inghilterra e Paesi Bassi, per l'acquisto di un Nexium (farmaco contro i bruciori di stomaco): le differenze di prezzo nei vari Paesi è raffigurata graficamente:



Questa notevole differenza fra Paesi europei e gli USA dipende dai controlli interni sui prezzi dei medicinali; mentre nei primi, il governo negozia con le compagnie produttrici (di farmaci, apparecchiature ecc) cercando di portare il prezzo al ribasso, negli Stati Uniti invece i prezzi vengono decisi direttamente dalle compagnie assicuratrici, a seconda dei piani proposti.

David Cutler – professore universitario presso la Harvard University – ha condotto delle ricerche circa l’analisi della spesa sanitaria americana e fa notare che una seconda componente importante sono i costi amministrativi, che vengono sostenuti dai pazienti quando ricevono un’assistenza da parte di un professionista sanitario. Costi che vengono aggiunti al prezzo finale di una prestazione, i quali finanziano i redditi dei professionisti.

La componente amministrativa dei sistemi sanitari è ovunque molto cresciuta negli ultimi decenni e la sua crescita è stata direttamente proporzionale alla frammentazione del sistema. Tra i sistemi che hanno registrato una minore crescita di questa componente sono quelli cosiddetti “single payer” (singolo assicuratore) ossia i servizi sanitari nazionali. Laddove cresce il numero di assicurazioni, aumentano i costi amministrativi, aumenta il numero di transazioni e di conseguenza il numero di persone impiegate nel settore amministrativo. Il livello massimo di spesa amministrativa lo raggiunge la sanità americana che non ha pari al mondo in termini di frammentazione e complessità. Secondo una ricerca dell’Harvard Medical School condotta nel 2003 basata su un confronto tra USA e Canada, i costi

amministrativi pro-capite negli USA nel 1999 ammontavano a 1059\$ (ossia il 23,8% della spesa sanitaria totale) mentre in Canada a 307\$ (il 12,7% del totale).

Le innovazioni ad alto contenuto tecnologico introdotte nel campo della medicina nel corso degli anni Ottanta rappresenta il terzo motivo dell'alta spesa sanitaria, confermato anche dal Budget Office del Congresso degli USA. Il documento del Parlamento denuncia l'introduzione e l'utilizzo non appropriato di nuove costose procedure diagnostiche e terapeutiche, come ad esempio in contesti dove altre procedure economiche ed alternative offrono risultati comparabili ai pazienti – rispetto alle prime – in termini della qualità di prestazione e miglioramento della salute. Osservazioni che suggeriscono che le prestazioni dovrebbero essere erogate più selettivamente limitando o annullando la perdita di valore clinico.

Completando l'analisi, l'ultimo punto tra le cause della spesa sanitaria è la salute degli americani: gli Stati Uniti ad occupano gli ultimi posti (secondo ricerche del 2003) per mortalità infantile, speranza di vita, mortalità materna rispetto agli altri Paesi OCSE. In un'altra ricerca effettuata nel 2004 analizzando le persone over-50, c'è una notevole differenza tra USA e Paesi Europei nella diffusione di malattie cardiache (22% contro 11%), ipertensione (50% contro 33%) e obesità (33% contro 17%). Lo stile di vita non corretto condotto dagli statunitensi, ad esempio vita eccessivamente sedentaria, mancanza di attività motoria corredato da abitudini alimentari non corrette e poco salutari – junk-food – contribuisce fortemente all'insorgere di malattie gravi, confermando i risultati appena descritti. Il dato sull'obesità è quello più eclatante e sconvolgente, sia per la rapida diffusione e di conseguenze in termini di co-morbilità e sulla longevità. In soli vent'anni (1980-2000) l'obesità tra la popolazione adulta è praticamente raddoppiata (dal 15% al 31%).

Capitolo 2: il “Patient Protection and Affordable Care Act” di Obama

2.1 - Prima dell’Obamacare: da Roosevelt al tentativo di riforma di Clinton

Prima di procedere all’analisi della riforma di Obama è necessario ricordare nei tentativi di riforma promossi dai rispettivi presidenti durante il corso del XX secolo, approfondendo il tentativo di riforma di Hilary Clinton, risultato fallimentare. È infatti da circa un secolo che negli USA si dibatte sulla necessità di una riforma che assicuri l’assistenza sanitaria a tutti i cittadini (per la precisione dalla campagna elettorale del 1912 del candidato progressista Theodore Roosevelt). E sono stati molti i Presidenti americani - da Teddy Roosevelt a Woodrow Wilson, da Franklin D. Roosevelt a Harry Truman, da Lyndon Johnson ai Clinton - che si sono impegnati, senza riuscirvi, a varare una riforma spinti non solo da motivi ideologici (di giustizia sociale come avveniva nei maggiori Paesi europei dove la sanità era gestita dallo Stato) ma, più banalmente, per contenere i costi di una assistenza sanitaria la più cara del mondo.

Abbiamo visto che l’AMA – American Medical Association – era favorevole ad uno stato liberista, caratterizzato da una limitata ingerenza nell’economia e nel welfare; nello specifico, il governo non doveva intervenire nell’assistenza sanitaria, la medicina non doveva essere socialized e per questo ogni tentativo di riforma veniva prontamente sventato.

L’ultimo tentativo risale agli anni Novanta – escludendo la riforma di Obama – da parte dell’allora presidente Bill Clinton, il quale, il 22 settembre 1993 tenne un importante discorso al Congresso sulla necessità di una riforma del sistema sanitario, ponendo come obiettivo la copertura di tutti i cittadini attraverso un piano nazionale. La riforma costituiva uno dei punti più importanti della sua agenda politica, e il piano dettagliato venne ideato da un comitato – una task force di 500 persone - presieduto dalla first lady Hillary Rodham Clinton, con lo scopo di predisporre il testo della riforma. Il testo della legge – Health Security Act – venne presentato al Congresso nel settembre del 1993: lo scopo era quello di garantire la copertura universale almeno per una serie di servizi sanitari essenziali.

In ogni Stato era prevista la costituzione di agenzie per l’acquisto di servizi sanitari - le Health Alliance - le quali contrattavano con le HMOs e altri fornitori, i piani assistenziali per i cittadini: le imprese con un numero di dipendenti maggiore a 5000 avrebbero potuto dotarsi di autonome strutture d’acquisto. Il nuovo sistema avrebbe dovuto essere finanziato per il 75% da fondi privati, il resto pubblico.

Sebbene il primo impatto della proposta sull’opinione pubblica fu favorevole, l’opposizione congiunta dei conservatori, dell’Associazione Nazionale Medici e delle compagnie di assicurazione sanitaria impedirono la sua realizzazione. In particolare, in Parlamento i

Repubblicani erano contrari, mentre i Democratici divisi (avevano la maggioranza al Congresso); le lobby contrarie e soprattutto la Health Insurance Association of America si organizzarono dando vita ad una campagna mediatica da 300 milioni di dollari, tramite televisione e stampa. Il destino della riforma è segnato: nel marzo del '94 il supporto dell'opinione pubblica calò vistosamente e i Repubblicani, in vista delle elezioni di novembre per il rinnovo del Parlamento, praticarono un ostruzionismo aggressivo contro i Democratici. L'archiviazione del piano di Clinton era ormai inevitabile dopo le elezioni, quando i Repubblicani ottennero la maggioranza nel Congresso.

Le ragioni del fallimento della riforma si possono imputare:

- ad una lunghezza eccessiva del testo di riforma, complessa e dettagliata;
- le lobby anti-riforma usarono argomenti efficaci per alimentare le paure della classe media americana: l'intrusione dello Stato nelle loro vite, il pericolo di perdere i privilegi e benefici acquisiti e consolidati;
- un personale politico corrotto, inadeguato e incapace a far fronte a problemi vitali e sensibili come quello della riforma sanitaria;
- il rifiuto da parte della classe media di dover pagare tasse maggiori per una riforma che avrebbe avvantaggiato solo i meno abbienti del Paese.

Tuttavia, secondo John F. Harris, biografo di Clinton, la riforma fallì a causa della mancanza di coordinazione all'interno della Casa Bianca. Nonostante la maggioranza democratica al Congresso fino a novembre del '94, la riforma morì definitivamente quando il testo di legge scritto da George J. Mitchell, frutto di un compromesso tra le parti, non riuscì ad ottenere il sostegno della maggioranza, e andò a costituire la prima sconfitta legislativa dell'amministrazione Clinton.

2.2 – Una grande tappa: l’ACA del 2010

L’idea di riforma di Barack Obama fu inizialmente presentata durante la campagna elettorale in vista delle elezioni presidenziali che si sarebbero tenute il 4 novembre 2008, successivamente vinte a discapito del repubblicano John McCain. Il programma caldeggiato da Obama, non è stato presentato come una bozza di un progetto di legge, ma come una proposta caratterizzata da punti salienti e innovativi: proposta presentata il 12 settembre 2008 presso la Harvard School of Public Health e pubblicata dalla rivista medica “The new England Journal of Medicine”. La strategia si basa sui seguenti punti:

- a tutti gli americani dovrà essere garantito l’accesso alla medicina moderna: assistenza sanitaria di alta qualità e di costo contenuto, soprattutto per i bambini;
- eliminare gli sprechi della sanità, causati da inutile burocrazia, da costose duplicazioni di analisi e procedure cliniche, da medici che prescrivono terapie non necessarie per minimizzare il rischio di procedure legali (medicina difensiva);
- istituire una nuova assicurazione pubblica in grado di competere con le assicurazioni private con lo scopo principale di tenere bassi i prezzi delle polizze;
- istituire un’agenzia nazionale di acquisto per facilitare gli individui e le imprese a scegliere polizze di qualità migliore a prezzi inferiori e comunque accessibili e incentivare le imprese ad assicurare i propri dipendenti attraverso lo schema del “play or pay”, cioè “assicuri o paghi una multa”;
- riformare il sistema retributivo dei medici il quale deve permettere di migliorare i risultati terapeutici e abbassare la spesa sanitaria complessiva mediante la rimozione degli incentivi che inducono alla medicina difensiva e alla creazione di quelli che inducono alla somministrazione delle cure necessarie.

Gli obiettivi di Obama erano di due tipi: sostantivi, atti a garantire una copertura ai non assicurati, migliorare quella dei sotto assicurati, tramite un insieme di misure quali interventi finanziari del Tesoro a favore dei soggetti menzionati, un sistema di incentivi negativi e positivi per i datori di lavoro e l’obbligo da parte dei cittadini di assicurarsi a pena di sanzioni finanziarie; sistemici, in quanto diretti ad introdurre mutamenti radicalmente innovativi nella governance sanitaria.

La presentazione del progetto ad Harvard è riconducibile ad un’offerta al pubblico (public option): chiunque lo desiderasse avrebbe potuto estinguere la propria polizza privata e passare sotto l’ombrello – a buon mercato – di una copertura federale simile a quella usufruita dal personale politico del Congresso e dai dipendenti della pubblica amministrazione. Inevitabilmente comportava una maggior competitività nel mercato assicurativo privato.

Il 21 marzo 2010 il testo di riforma, già approvato dal Senato, viene portato alla Camera (dove il numero di dissidenti democratici era in crescita): grazie al Presidente - della Camera - Nancy Pelosi, il quale trattò con i democratici, si riuscì a far approvare il testo, riuscendo a guadagnare il sostegno di un gruppo di deputati anti-abortisti. La maggioranza fu di 219 voti, contro 212 (soglia a 216). Subito dopo l'approvazione, Obama ha affermato: "Questa non è una riforma radicale, ma è una grande riforma. Questa legge non aggiusta tutto ciò che non funziona nel nostro sistema sanitario, ma si muove nella direzione giusta. Per la prima volta nella storia della nostra Nazione il Congresso ha approvato una riforma complessiva del sistema sanitario. L'America aveva aspettato per cento anni questo momento. Questa notte, grazie a voi, lo abbiamo finalmente raggiunto". Due giorni dopo, il 23 marzo 2010 il Presidente Obama firma la legge della riforma sanitaria – nota anche come Patient Protection and Affordable Care Act o più semplicemente Obamacare – approvata due giorni prima dalla Camera.

2.2.1 – I contenuti della riforma

La legge approvata dal Congresso non ha lo scopo di sconvolgere il sistema sanitario, bensì di aggiustare e migliorare tutto ciò che crea inefficienza e spreco di risorse.

Il sistema sanitario rimane fondato sul pilastro delle assicurazioni private e pubbliche: riguardo al primo, viene introdotto l'obbligo di assicurare (rivolto ai datori di lavoro) e di assicurarsi (rivolto alle persone) prevedendo rilevanti sussidi; per il secondo pilastro, viene rafforzato il programma Medicare.

La riforma assicurerebbe ai milioni di cittadini che ne sono privi una copertura sanitaria, tutelandoli dalle pratiche discutibili e al limite della legalità delle compagnie assicuratrici, alle quali sarà vietato rifiutarsi di assicurare i pazienti sulla base di condizioni preesistenti (come avveniva in precedenza), imporre limiti di età o rifiutare il rinnovo ad una persona malata. Le polizze dovranno, inoltre, sottoporre gli aumenti dei bonus all'approvazione di organi appositamente nominati e non potranno più escludere i giovani al di sotto dei 27 anni alle polizze dei genitori. Gli anziani potranno comprare i farmaci a prezzi ridotti previa la presentazione della prescrizione del medico; e le aziende con oltre 500 mila dollari di utile dovranno garantire l'assicurazione ai dipendenti pena una multa con un ammontare pari al 2,5% del loro reddito.

Tra gli interventi che sono stati attuati più recentemente – nel 2014 – troviamo:

- l'espansione di Medicaid – accennata in precedenza – grazie alla quale potranno essere arruolati tutti coloro che hanno un reddito inferiore a \$29.327 (per una famiglia di 4 persone), comportando l'allargamento della copertura a 16 milioni di persone;
- l'obbligo per le imprese (di 50 o più lavoratori) di assicurare i propri dipendenti: l'inadempimento farà scattare il pagamento di una multa di \$2000 per ogni dipendente fuori copertura; l'obbligo per le persone di assicurarsi (per chi è privo di una copertura finanziata dall'impresa) con risorse proprie, pena pagamento di una sanzione (1% del reddito nel 2014, 2% nel 2015 e 3,5% nel 2016): esentati gli Indiani Americani e le persone con un reddito individuale inferiore a \$9350;
- agevolazioni fiscali (crediti di imposta) alle imprese (di piccole dimensioni) che assicurano i propri dipendenti; per le famiglie meno abbienti, sono previsti sussidi crescenti per assicurarsi.

A partire dal 31 marzo 2014 milioni di americani hanno accesso ad un'assicurazione sanitaria privata di base, un traguardo importante per tutti coloro i quali non hanno mai potuto usufruire di un'assistenza medica. Un'analisi del Urban Institute mostra che il 15,2% degli americani (tra i 18 e i 64 anni) - a partire dalla prima settimana di marzo 2014 - non

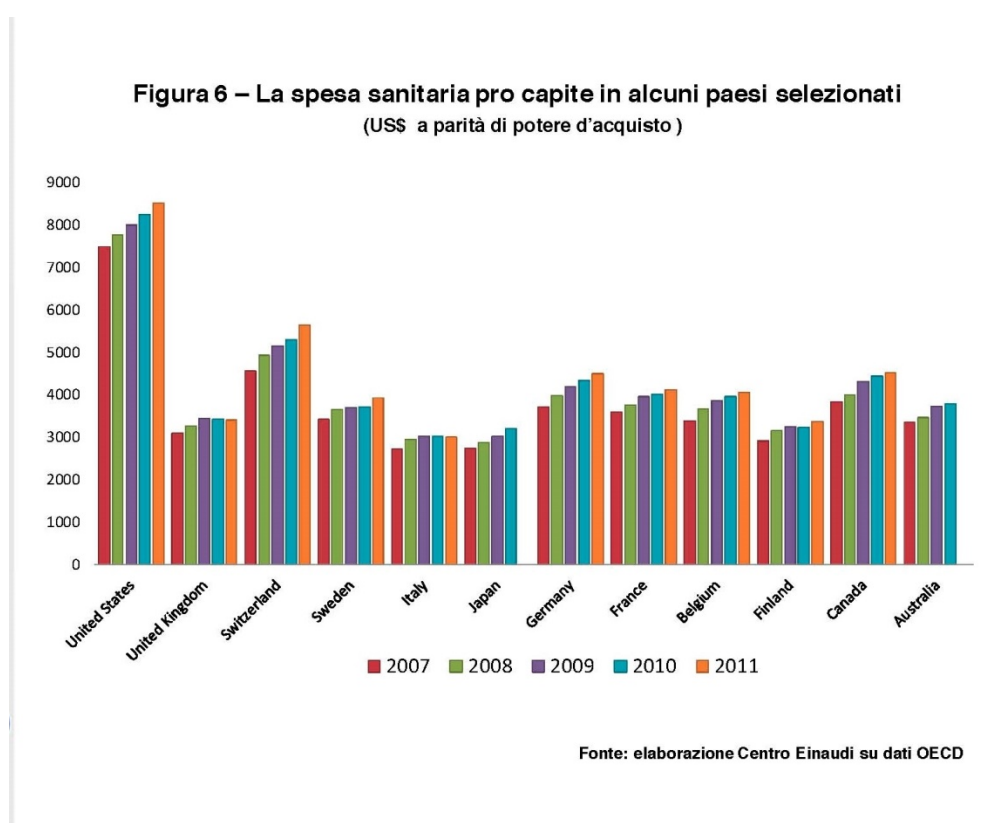
possedeva alcuna copertura medica, un calo del 2,7% rispetto a settembre 2013. Questo si è tradotto in un aumento di adesioni al piano sanitario Affordable Care Act per circa 5,4 milioni di persone.

L'Affordable Care Act contribuisce a creare un mercato sanitario privato più competitivo con la creazione dei cosiddetti "Health Insurance Marketplaces", mercati statali concorrenziali che - a partire dal 2014 - forniscono a milioni di americani e piccole imprese una copertura sanitaria a prezzi accessibili. Una sorta di Expedia della salute in quanto attraverso il portale online HealthCare.gov è possibile accedere ad un vero e proprio mercato in cui scegliere tra diverse tipologie di assicurazione sanitaria. I “marketplaces”, rappresentano quindi il fulcro della riforma che mira in parte a raggiungere gli oltre 42 milioni di americani che nel 2013 non possedevano una polizza sanitaria.

2.2.2 – Pro, contro e impatto sull'opinione pubblica

Obiettivo fondamentale che la riforma propone di raggiungere è la minimizzazione di quella fascia di popolazione priva di una adeguata copertura assicurativa, di fatto non prefiggendosi il traguardo del 100% di assicurati. Sta di fatto che la riforma conta ben 11,4 milioni di aderenti, dato riportato dal Financial Times, il quale sottolinea anche come l'obiettivo fissato fosse quello dei 9 milioni di cittadini, ragion per cui queste adesioni possono essere considerate un vero e proprio successo, anche se il Congressional Budget Office (l'organismo del Congresso americano che si occupa di analisi finanziarie) si era posto un obiettivo un po' più alto, fissando il numero medio di persone aderenti alla riforma sanitaria intorno ai 12 milioni.

Il vantaggio principale dell'Affordable Care Act è che riduce i costi di assistenza sanitaria globale, rendendo l'assicurazione a prezzi abbordabili per più persone. Nel 2011 la spesa sanitaria totale pro capite a parità di potere d'acquisto vede gli Stati Uniti in testa alla classifica (\$8508), seguiti da Svizzera (\$5643), Canada (\$4522) e Germania (\$4495), come si evince dal grafico sottostante:



Ecco perché l'assicurazione sarà estesa a due gruppi non assicurati. In primo luogo, includerà molte più persone giovani, che sono più sane. Questo riduce i costi in generale perché pagano i premi, ma non useranno molti servizi. In secondo luogo, l'assicurazione sarà disponibile per

le persone che oggi utilizzano i costosi trattamenti di pronto soccorso dell'ospedale invece di andare da un medico di base o da uno specialista. Questo riduce i costi perché avranno le loro condizioni trattate prima della fase critica e costosa.

Un altro punto importante è che la riforma garantisce il community rating a tutti, costringendo le compagnie assicurative a concedere le loro polizze anche a quei cittadini malati o affetti da patologie croniche, che prima venivano rifiutati. Dopo l'approvazione dell'Obamacare questa discriminazione è divenuta illegale. Per compensare le compagnie dei rischi di dovere assicurare tutti, Obama ha aumentato il numero di clienti per le compagnie. In effetti, ha creato più business per le corporation. In secondo luogo, obbliga ciascun cittadino americano a stipulare l'assicurazione sanitaria, anche se in buona salute. In terzo luogo, prevede sgravi fiscali e sussidi a un numero di cittadini americani in misura molto più ampia che in passato, per permettere di assicurarsi anche alle persone a reddito medio-basso.

Passando dall'altro lato della medaglia, è doverosa l'analisi dei punti di debolezza dell'Obamacare. Da quanto si delinea da uno studio effettuato dal Congressional Budget Office nel 2009 la legge potrebbe aumentare i costi dell'assistenza sanitaria nel breve periodo, in quanto nuove persone riceveranno per la prima volta una copertura adeguata (questo potrebbe portare a un trattamento di malattie finora diagnosticate, facendo salire i costi). Inoltre, modificherà i premi delle polizze di milioni di americani, in particolare quelle individuali o per piccoli gruppi. Secondo i dati della società di consulenza americana Oliver Wyman, circa 6 su 19 milioni di americani dotati di una polizza individuale saranno costretti a pagare di più. Per esempio, i soggetti nella fascia di età 21-29 anni, con un reddito che varia dal 300% al 400% della soglia di povertà federale, saranno colpiti da un aumento del 46% dei premi assicurativi, anche considerando le detrazioni fiscali previste dalla nuova legge. Quantificare il numero di individui che saranno danneggiati dalle modifiche del mercato assicurativo per piccoli gruppi risulta invece più complicato. Secondo un'indagine condotta dal Department of Health and Human Services, gli americani che lavorano in imprese con meno di 50 dipendenti, e quindi potenzialmente oggetto delle modifiche imposte dalla riforma per questa categoria di polizze assicurative, sono circa 30 milioni. Di essi, circa nove milioni, più sei milioni aggiungendo i loro familiari, si avvalgono della copertura assicurativa fornita dal proprio datore di lavoro. Gli aumenti dei premi per questo gruppo saranno in media inferiori rispetto a quelli delle polizze individuali, ma in ogni caso significativi. Secondo le analisi condotte dalla WellPoint, una compagnia assicuratrice che opera in 11 Stati, è previsto in media un aumento del 13-23% dei prezzi delle polizze assicurative per piccoli gruppi.

La popolazione americana è a favore dell'adozione di una riforma che permetta l'allargamento della copertura sanitaria a chi non è assicurato: la maggior parte si pronuncia a

favore dell'intervento governativo nella sanità – contrariamente al liberismo economico secondo il quale lo Stato non deve intervenire nella vita economica del Paese e dei cittadini – ma al contempo c'è chi si dimostra scettico circa la capacità della pubblica amministrazione di salvaguardare la qualità delle prestazioni medico-sanitarie. Anche se favorevoli all'idea di un'assicurazione universale, gli statunitensi nutrono dei dubbi riguardo la capacità del Governo di gestire in modo efficace il sistema sanitario - in termini di uso di risorse e investimenti – ritenendo che le compagnie di assicurazione non riescano a garantire una maggiore qualità delle prestazioni. Altro dato importante riguarda la preferenza da parte della popolazione americana al collaudato modello della copertura tramite i datori di lavoro; è invece vista con scetticismo una sanità direttamente gestita dalla mano pubblica e una legislazione che obbliga i cittadini ad acquistare una polizza assicurativa (si può notare la vicinanza alla lunga tradizione liberale del Paese).

L'atteggiamento predominante e che risulta in queste interviste è ambiguo e contraddittorio, nel senso che gli americani affermano di essere soddisfatti della loro situazione, ma di essere insoddisfatti del sistema sanitario.

2.2.3 – Impatto finanziario e dinamiche future

La sostenibilità economica della riforma è stato il primo dei problemi da affrontare: per questo fin dal dicembre 2007 il Parlamento americano ha stanziato un miliardo di dollari per effettuare una ricerca comparativa sull'efficacia pratica (effectiveness) degli interventi sanitari, compresi farmaci, dispositivi e trattamenti medici. Partendo dalla constatazione epidemiologica che significative differenze di spesa sanitaria in differenti aree geografiche non si accompagnavano, nelle aree a spesa più elevata, ad evidenti miglioramenti della speranza di vita (o di altri indicatori di salute), ci si è resi conto che c'erano poche informazioni riguardanti: l'efficacia degli interventi sanitari, in particolare dei trattamenti medici; quali pazienti si potevano avvantaggiare di più dai trattamenti; se i benefici ottenuti da servizi più efficaci ma anche più costosi erano sufficienti a giustificare i loro costi aggiuntivi.

Si stima che l'impegno finanziario complessivo (in dieci anni, 2010-2019) sia di circa 1000 miliardi di dollari; alla fine di questo periodo la copertura assicurativa sanitaria interesserà il 95% degli americani con l'estensione di detta copertura a 32 milioni di nuovi assicurati (mentre 22 milioni di persone continueranno a rimanere prive di assicurazione).

Una conseguenza importante della riforma, secondo un'analisi del New York Times, è l'aumento del 70% del valore delle azioni delle maggiori compagnie di assicurazioni per l'espansione del proprio business (è vietata, come detto prima, ogni discriminazione dei pazienti). Queste compagnie hanno visto la nuova legge come fertile terreno di crescita. Si calcola che nei prossimi dieci anni saranno disponibili più di duemila miliardi di dollari di copertura assicurativa con sussidi governativi. Altre cifre ci dicono che la crescita del business delle assicurazioni aumenterà notevolmente nel settore governativo, il tutto a beneficio delle compagnie. Entro il 2023, 170 milioni di americani avranno la loro assicurazione mediante Medicare, Medicaid e le exchanges, i siti federali o statali usati dai consumatori per ottenere copertura. Si tratta di una crescita del cinquanta per cento. D'altra parte quelli che avranno l'assicurazione dai loro datori di lavoro saranno 159 milioni con una crescita minima del due per cento.

Obiettivo futuro della riforma - nel lungo periodo – è quello eliminare gradualmente di 138 miliardi di dollari del deficit federale in dieci anni – come recentemente stimato dal CBO (Congressional Budget Office) – anche se questa stima contiene dei “trucchi contabili”: la contabilizzazione anticipata degli introiti da nuove tasse e il posticipo (oltre il 2020) della contabilizzazione dei nuovi costi. Una tipica differenza fra contabilizzazione “per cassa”, usata dal CBO, piuttosto che “per competenza”. Oppure lo spostamento temporaneo degli

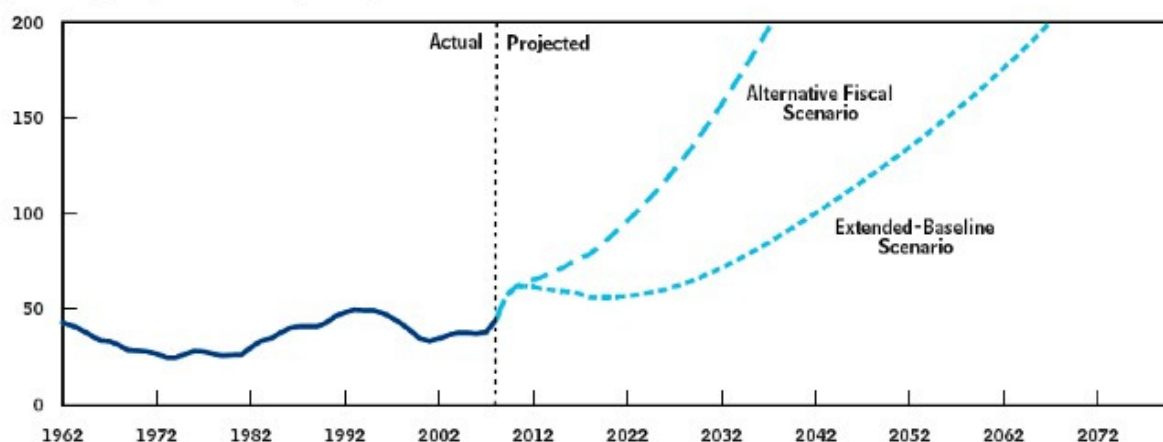
introiti da contributi pensionistici a copertura di nuovi costi sanitari. Il trucchetto contabile di spostare nel tempo i costi ed i ricavi generati da una nuova legislazione (molto comune nel nostro Paese) lo è meno qui ma è diventata possibile in questa occasione perché il CBO ha avuto il tempo per fornire stime solo fino al 2020. Grosse sorprese potranno apparire quando i calcoli saranno estesi fino al 2050. Rifacendo in conti in modo corretto, l'ex direttore del CBO stima che la riforma aumenterà il deficit federale di 562 miliardi di dollari nei prossimi 10 anni:

“Sulla base delle leggi correnti, il bilancio federale su trova su un percorso insostenibile – nel senso che il debito federale continuerà a crescere molto più velocemente dell’economia nel lungo periodo. Sebbene ci sia molta incertezza sulle proiezioni fiscali di lungo periodo, l’aumento dei costi sanitari e l’invecchiamento della popolazione determineranno il rapido aumento della spesa federale in ogni scenario plausibile, date le leggi correnti”

Prospettive contrarie agli obiettivi di riduzione del deficit pianificato da Obama con la riforma sanitaria. Continuando con le prospettive future, nella migliore delle ipotesi (“baseline scenario”), in assenza di riforme il debito pubblico supererà il 100% del PIL entro il 2045, mentre nello scenario alternativo questa soglia sarà superata già attorno al 2024. Lo scenario base è costruito in modo molto ottimistico perché non prende in considerazione le politiche fiscali comunemente adottate che tendono ad aumentare il deficit (un esempio semplice: aggiustare verso l’alto le soglie di esenzione da tassazione sui redditi per tener conto dell’inflazione). Lo scenario alternativo tiene invece conto di tali pratiche, come evidenziato dal grafico sottostante:

Federal Debt Held by the Public Under CBO’s Long-Term Budget Scenarios

(Percentage of gross domestic product)



Capitolo 3: insegnamento dall'esperienza statunitense per l'SSN

3.1 – Avvicinamento del sistema americano al modello europeo

L'Affordable Care Act adottato da Barack Obama nel 2010 ha contribuito ad avvicinare – ma non a fare combaciare - il modello di sanità americana all'esperienza europea, saldamente consolidata e caratterizzata principalmente da sistemi di assicurazione obbligatoria universale e gestita dallo Stato, come ad esempio in Germania, Francia e Inghilterra e Italia.

Nonostante questi cambiamenti recenti continuano a rimanere delle diversità tra i due grandi modelli, come anche testimoniato dalla risposta di Obama alla domanda “Le cure mediche sono un diritto o una responsabilità?”, il quale reputa l'assistenza sanitaria più come un diritto. Risposta di stampo liberista, giustificata dalla consapevolezza che nell'America dello “Stato minimo”, la solidarietà verso i deboli trova dei limiti nell'ostilità all'assistenzialismo.

Si spiegano così le profonde differenze tra gli Usa che provano ad applicare le severe regole del mercato anche in un settore economico «anomalo» come quello della salute e un continente europeo che, pur con modelli diversi (sistemi pubblici, sistemi misti, casi in cui è il governo garantisce le cure ma lo fa attraverso assicurazioni private), tende ad offrire a tutti i cittadini un certo livello di copertura statale. A un italiano — abituato a combattere con liste d'attesa e ospedali spesso fatiscenti ma che dà per scontato il diritto di ogni cittadino alle cure mediche e agli interventi chirurgici essenziali — l'America della sanità privata appare sicuramente uno strano pianeta. Un mondo nel quale convivono tre classi di cittadini: quelli con un'assicurazione pagata dal datore di lavoro (oltre 170 milioni di americani) o acquistata individualmente (circa 34 milioni di polizze); i circa 107 milioni di americani con l'«ombrello» pubblico di uno Stato che paga le loro spese mediche attraverso le agenzie federali per i poveri (Medicaid), gli anziani (Medicare) e l'amministrazione dei veterani; i 42 milioni di cittadini – equivalente al 13% della popolazione totale – privi di una copertura sanitaria.

Insomma, la differenza di fondo, «genetica», tra Usa ed Europa non viene rimossa nemmeno dalla riforma Obama che rinuncia a dar vita ad un sistema sanitario davvero «universale»: capace, cioè, di coprire tutti i cittadini. La sua versione più «assistenziale», quella della Camera, secondo i democratici estenderà le cure a 38-39 dei 42 milioni di americani oggi senza copertura.

Continuano ad essere evidenti le differenze nelle ispirazioni e nelle aspirazioni dei sistemi sanitari dei Paesi europei e degli Stati Uniti. Da una parte un maggior impegno pubblico, che ha permesso coperture più ampie, tendenzialmente totali, ma anche richiesto, per il suo mantenimento, degli sforzi di finanziamento con imposte e contributi continuamente

crescenti. Dall'altra parte un prevalente impegno di risorse private, attraverso le assicurazioni, che ha coinvolto in maniera meno diretta le finanze pubbliche e proprio per questo ha perseguito in misura minore gli obiettivi equitativi e redistributivi. In Europa, proprio perché il coverage pubblico ha sempre tentato la massima inclusione, è stato necessario un impianto regolatorio più pervasivo per tener sotto controllo prezzi e spesa, creando controeffetti di rallentamento dei percorsi di ricerca, sviluppo e adozione di terapie innovative, tecnologie e farmaci. Negli USA si è andato sviluppando un impianto regolatorio relativamente più leggero, che ha lasciato più spazio al mercato, sia sul lato della sperimentazione e dell'innovazione che su quello delle scelte di copertura assicurativa tramite contratti di natura privata. Tra l'altro, è bene anche sottolineare come di questa maggior propensione degli USA all'innovazione si è avvantaggiata anche l'Europa, che ha beneficiato di tanti dei risultati raggiunti negli USA.

3.1.1 – Una “convergenza negativa”

Per capire la relazione esistente tra sistema sanitario americano ed europeo è necessaria una prospettiva nuova di analizzare le serie storiche nella letteratura teorica ed empirica, capace di cogliere le differenze tra sistemi e modelli, riconoscendone la diversa ispirazione politica (più socialdemocratica nel suo complesso quella europea, più liberale e liberista quella USA) e, a valle di questa, pregi e difetti che esistono sia da una parte che dall'altra. Questo obiettivo è fattibile se si utilizzano i dati di fonte Eurostat, Ocse e Ecofin per unire l'analisi dello storico con quella delle proiezioni a medio-lungo periodo della spesa sanitaria e per cui il confronto può spaziare lungo un secolo, dal 1960 al 2060.

I dati parlano di numerose convergenze, o meglio tendenze convergenti, all'interno dell'Europa e tra l'Europa e gli USA. In alcuni casi si può supporre che esse derivino dalla condivisione, pur lenta, di best practice o di soluzioni a problemi comuni o simili. Ma a dire il vero la spinta convergente più forte sembra avere una origine ben chiara: le dinamiche dei fabbisogni e della spesa e le criticità che ne derivano. Una convergenza, si potrebbe dire, “in negativo”, frutto di debolezze strutturali che su entrambi i fronti stanno mettendo in luce insufficienze nelle istituzioni e negli strumenti sinora utilizzati per la governance. In Europa, le dinamiche di spesa hanno fatto aumentare la componente di finanziamento privata e in particolare quella di natura out-of-pocket a diretto carico dei cittadini, e nel contempo alimentato “strozzature” nell'offerta universale di prestazioni (tempi d'attesa, cadute della qualità, etc.). Negli USA le dinamiche di spesa hanno già da tempo stimolato un maggior intervento pubblico, a tal punto che ormai le risorse pubbliche - che gli USA destinano alla sanità - hanno superato, in percentuale del Pil, quelle impiegate dall'Europa, e vanno a sommarsi alle ingenti risorse provenienti dal privato. Sia i sistemi a prevalenza pubblica che quelli a prevalenza privata, sia i Paesi europei che gli USA, dovranno nei prossimi decenni fronteggiare pressioni crescenti della spesa sanitaria, non sostenibili dal pay-as-you-go pubblico cui adesso si affidano le nazioni europee, e non sostenibili neppure dalle coperture assicurative cui oggi si affidano in larga misura gli Stati Uniti. Per entrambi i modelli il punto debole è e sarà sempre più l'eccessivo ricorso alla ripartizione dei costi, sia nella sua concretizzazione nell'alveo pubblico come pay-as-you-go (bismarkiano o beveridgiano non fa differenza), sia in quella nell'alveo privato come pooling assicurativo. Le tendenze di spesa hanno fatto passare in secondo piano le diverse qualità originarie dei sistemi. E, se si spinge l'occhio al medio-lungo periodo, è questa la grande sfida comune all'Italia, all'Europa, agli USA.

C'è un filo molto chiaro che congiunge tutti i Paesi. Se sistemi così diversi – pubblici e privati – prestano il fianco agli scenari di crescita della spesa sanitaria e del carico su attivi/occupati per finanziarla, c'è da chiedersi se esiste una soluzione vera e propria, diversa dalla rinuncia alle prestazioni. Al di là degli sforzi di efficientamento (organizzazione dei sistemi sanitari nazionali, concorrenza tra provider, concorrenza nel mercato assicurativo, responsabilizzazione dei cittadini fruitori e dei medici prescrittori, continuo aggiornamento di best practice valorizzando i big data, ecc.), il punto critico appare proprio quello del criterio di finanziamento. Se alla maggior spesa si tenterà di far fronte utilizzando quote crescenti dei redditi prodotti anno per anno dal sistema economico, inevitabilmente l'effetto sarà quello di una crescente pressione fiscale e/o contributiva (sistema pubblico) o di crescenti premi assicurativi (sistema privato) sino a superare soglie di rottura: all'interno dei sistemi pubblici obbligatori, la pressione su attivi/occupati (parte integrante e consistente del cuneo fiscale sui redditi da lavoro) porterà con sé effetti distorsivi e depressivi su occupazione e produttività (qualcosa a cui si sta già assistendo); all'interno dei sistemi privati, è probabile che il costo delle coperture diventi davvero proibitivo e non sostenibile dai bilanci familiari, con conseguenze che potrebbero generare maggior spesa in futuro (per la minore attenzione alle cure e l'aggravarsi delle condizioni di salute) e pressioni su altri capitoli del welfare system. Attualmente, gli Stati Uniti si stanno impegnando a rinforzare la copertura pubblica finanziata a ripartizione come rimedio all'insostenibilità economica e sociale delle assicurazioni sanitarie private (l'obiettivo dichiarato della riforma "Obama"); in Europa sta lentamente maturando il processo opposto, con le difficoltà dei sistemi pubblici Beveridgeiani e Bismarckiani che richiamano l'esigenza di rafforzare la copertura complementare privata, senza però sufficiente attenzione a come la si struttura. In questa convergenza "transatlantica" verso un sistema sanitario multipilastro maggiormente equilibrato nelle componenti pubbliche e private manca, per adesso, una caratteristica essenziale per ovviare alle criticità del finanziamento basato su ripartizione / mutualità / pooling assicurativo e sovraccarico sui redditi prodotti anno per anno: il finanziamento tramite i frutti di programmi ad hoc di investimento di lungo termine sui mercati. Tramite una idonea gestione di portafoglio, i risparmi andrebbero a selezionare le migliori opportunità di rendimento a livello internazionale, potendosi rivolgere anche ai Paesi più giovani, quelli dove le fasce di età attive saranno ancora per molto tempo più numerose di quelle anziane (una sorta di riequilibrio internazionale degli effetti dell'invecchiamento). Diminuirebbe la pressione su attivi/occupati, si guadagnerebbe base imponibile al Fisco nazionale e, nella misura in cui i risparmi trovasse valide opportunità di investimento all'interno, si darebbe impulso alla capitalizzazione dell'economia nazionale e alla crescita. Gli effetti negativi di ciò si verificano

di fronte ad un eccesso di accumulazione reale esponendo troppo al rischio di mercato e potrebbe essere esso stesso fonte di instabilità dei mercati (in concomitanza con i flussi di investimento e di disinvestimento). Da qui l'esigenza di ricercare un riproporzionamento dei diversi criteri di finanziamento che permetta di coglierne gli aspetti positivi e di controbilanciarne quelli negativi.

Tutti i Paesi, con sistemi pubblici o privati, e tra i pubblici sia quelli di tradizione bismarckiana che beveridgiana, dovranno affrontare ristrutturazioni profonde nei meccanismi di finanziamento della loro sanità e del loro welfare. Un punto cardine dovrà essere la diversificazione multipilastro del finanziamento, per affiancare al criterio a ripartizione pubblico (pay-as-you-go), a quello privato di mutualità pura, e a quello assicurativo privato (pooling), il criterio basato su investimenti reali di lungo termine sui mercati, ovvero sull'accumulazione reale. Un punto che, nei meccanismi fondamentali, si presenta tale e quale sia per la sanità che per le pensioni, anche se sinora più indagato e discusso, e in parte anche affrontato, per queste ultime che per la sanità.

3.2 – I recenti trend della spesa farmaceutica in Italia e negli USA

L'industria farmaceutica è un settore chiave per la competitività, la strategia industriale e lo sviluppo economico di ogni area economica. Ai benefici diretti, in termini ad esempio di investimenti in ricerca e valore aggiunto della produzione, si aggiungono i benefici indiretti per il sistema sanitario nazionale e l'indotto legato alla filiera produttiva. Inoltre, è un settore ad alta intensità tecnologica e dunque di fondamentale importanza per garantire il benessere delle principali aree economiche mondiali, ossia l'Europa, il Giappone e gli Stati Uniti. E' quindi doverosa una comparazione circa il trend della spesa farmaceutica negli Stati Uniti e in Italia negli ultimi anni, con attenzione alle conseguenze corredate al fenomeno. Secondo un rapporto appena diffuso da IMS Health negli Stati Uniti, nel corso del 2014, la spesa farmaceutica ha segnato un importante balzo in avanti del 13,1% rispetto all'anno passato, attestandosi sulla cifra-monstre 373,9 miliardi dollari. A determinare l'incremento, il maggiore dal 2001 a oggi, sono stati principalmente i nuovi farmaci anti-epatite C, nuovi anticancro, antidiabetici e i nuovi farmaci per la sclerosi multipla.

“La crescita della spesa farmaceutica registrata lo scorso anno, pari a 43 miliardi dollari, è stata la più alta di sempre” ha sottolineato Murray Aitken, direttore esecutivo dell'Istituto IMS Healthcare Informatics. “Gli aumenti dei prezzi sui farmaci di marca, in particolare insuline e antidiabetici, e l'ingresso di un minor numero di nuovi farmaci generici hanno contribuito alla crescita della spesa. Nel 2015 ci aspettiamo una ulteriore crescita ma più contenuta anche per un buon numero di farmaci per i quali scadranno i brevetti”.

Emblema dell'innovazione farmaceutica sono i nuovi antiepatite C, capitanati dai farmaci (sofosbuvir in testa) di Gilead Sciences, ma che comprendono anche quelli di AbbVie, Janssen e Bms, con i quali nel 2014 sono stati curati 161mila pazienti americani. Globalmente, in Usa questi farmaci hanno determinato una spesa di \$11,2 miliardi.

Anche la cura delle malattie rare ha contribuito ad alzare la spesa farmaceutica americana. Sono infatti entrati in commercio 18 nuovi farmaci per patologie prima orfane, e anche se sono destinati a numeri ristretti di malati, il loro costo è altissimo e inevitabilmente finisce per pesare sulla spesa complessiva.

Ma l'incremento record della spesa si spiega anche con il fatto che sono diminuiti rispetto agli anni scorsi i risparmi ottenuti con i nuovi generici. Nel 2014 la riduzione di spesa dovuta a questo fattore è stata di ‘soli’ 12 miliardi, inferiore ai 20 dell'anno precedente e ai 29 miliardi del 2012 quando il Lipitor, all'epoca il farmaco più venduto al mondo, divenne generico. Nel 2014 sarebbe dovuto entrare in commercio il generico della rosuvastatina, ma l'indiana Rambaxy che aveva ottenuto i diritti per la vendita in anteprima del farmaco, è incappata nelle

ire dell’Fda a causa di problemi di qualità produttiva e pertanto non lo ha potuto lanciare nel momento prestabilito.

Anche la riforma sanitaria americana, di cui l’Affordable Care Act, è il documento principale, ha contribuito al rialzo della spesa farmaceutica: le nuove regole hanno infatti esteso la copertura farmaceutica erogata attraverso il programma Medicaid, prima limitato ad anziani e persone a reddito molto basso. Tanto è vero che le prescrizioni pagate cash, normalmente da parte di persone non assicurate, sono scese del 5,5%.

Per quanto riguarda l’Italia, invece, la spesa netta farmaceutica netta convenzionata SSN nel 2014 è calata di tre punti percentuali rispetto al 2013: prosegue, quindi, la tendenza al calo della spesa, in atto negli ultimi 7 anni. Rallenta, invece, il trend di aumento del numero delle ricette, cresciuto nel 2014 del +0,2%.

Questo trend negativo è spiegato dal crescente impatto dei farmaci equivalenti per la riduzione della scadenza dei brevetti, alle varie trattenute imposte alle farmacie e ai numerosi interventi a livello regionale, quali, l’aumento del ticket pagato dai cittadini e la distribuzione diretta dei medicinali acquistati dalle ASL.

Le farmacie continuano a dare un rilevante contributo al contenimento della spesa - oltre che con la diffusione degli equivalenti e la fornitura gratuita di tutti i dati sui farmaci SSN - con lo sconto per fasce di prezzo, che ha prodotto nel 2014 un risparmio di circa 515 milioni di euro, ai quali vanno sommati circa 70 milioni di euro derivanti dalla quota dello 0,64% di cosiddetto pay-back, posto a carico delle farmacie a partire dal 1° marzo 2007 e sempre prorogato. A tali pesanti oneri si è aggiunta, dal 31 luglio 2010, la trattenuta dell’1,82% sulla spesa farmaceutica, aumentata, da luglio 2012, al 2,25%. Tale trattenuta aggiuntiva ha comportato, per le farmacie, un onere quantificabile nel 2014 in circa 197 milioni di euro. Complessivamente, quindi, il contributo diretto delle farmacie al contenimento della spesa, nel 2013, è stato di oltre 780 milioni di euro. In aumento le quote di partecipazione a carico dei cittadini in conseguenza degli interventi regionali sui ticket e del crescente ricorso dei cittadini ai medicinali di marca più costosi, con pagamento della differenza di prezzo rispetto all’equivalente di prezzo più basso, a seguito delle polemiche sull’efficacia dei medicinali generici e sulla sostituzione da parte del farmacista del medicinale prescritto dal medico con un equivalente tra quelli di prezzo più basso.

E’ certa una maggiore inclinazione all’innovazione tecnologica da parte degli Stati uniti rispetto all’Italia e all’Europa, con l’introduzione di nuovi medicinali, macchinari, procedure mediche: nell’ultima decade sono stati lanciati 56 nuovi farmaci antitumorali, due terzi dei quali negli ultimi 5 anni e 27 negli ultimi tre. Inoltre sono state scoperte terapie importanti contro la leucemia linfatica cronica e il linfoma mantellare, l’ibrutinib.

L'esigenza di innovazione in campo sanitario ha spinto anche l'Europa a prendere provvedimenti, per offrire una migliore qualità dell'assistenza sanitaria, mantenendo stabili o riducendo i costi, abbreviando i tempi di attesa e diminuendo gli errori, nonché a contribuire al disegno dei futuri sistemi di assistenza sanitaria, rendendoli più incentrati sui cittadini; per questo il 7 dicembre 2012, la Commissione Europea ha pubblicato l'eHealth Action Plan 2012-2020. Il piano, finalizzato a fornire una visione unitaria dell'eHealth in Europa in linea con gli obiettivi definiti dal Piano strategico Europa 2020 e dall'Agenda Europea per il digitale, illustra le opportunità derivanti dall'eHealth per l'Unione Europea e per gli Stati Membri e incoraggia l'adozione dell'ICT in ambito sanitario, con l'obiettivo di garantire ai cittadini europei servizi più efficienti, sia in termini di qualità che di costi.

L'idea forte è quella di cercare di migliorare l'innovazione, per lo studio di nuove terapie, farmaci per la lotta a malattie – che al giorno d'oggi sono difficili da combattere – senza che questa vada a influenzare negativamente l'equità alle cure sanitarie da parte dei cittadini: condizione fondamentale in un qualsiasi Paese contemporaneo, in linea con uno dei più importanti diritti, ossia quello all'assistenza sanitaria.

3.2.1 - L'innovazione in Italia e la collaborazione con gli USA

Il nostro sistema sanitario è uno dei migliori al mondo in termini di rapporto tra risorse utilizzate e risultati in termini di salute della popolazione e ha il pregio di essere costruito sulla base di una visione universalistica, anche se nella pratica è molto migliorabile, visto che non sempre farmaci o prestazioni essenziali sono accessibili (ad esempio, a causa dei ritardi nell'adozione dei farmaci innovativi e della presenza di elevati tempi di attesa per prestazioni specialistiche) e non garantisce una tutela uniforme in termini di qualità e di efficienza nelle diverse realtà territoriali del nostro Paese.

Il miglioramento del nostro SSN è garantito dalla mutua responsabilità fra Stato e Regioni: il "Patto per la Salute" siglato fra Ministero della Salute e Conferenza Stato-Regioni è una forma di intesa tra l'Amministrazione centrale e le Regioni che si è potuta conseguire ad oggi esclusivamente nella Sanità. Spesso purtroppo la dialettica tra queste due realtà fondamentali della nostra forma di Stato presenta toni duri e risulta molto difficile raggiungere un accordo comune: da lato, il Governo vuole raggiungere determinati obiettivi con il vincolo di dover impiegare risorse sempre più scarse in ragione del Patto di stabilità e crescita europeo. Dall'altro, le Regioni devono impegnarsi per costruire strutture locali adeguate per garantire la salute dei cittadini.

Il sistema sanitario è sicuramente migliorabile con nuovi strumenti che, per alcune patologie, possono produrre un doppio risultato positivo, sia in termini di salute che finanziari. Ad esempio, servirebbe più impegno nel promuovere progetti di prevenzione oncologica ed è necessario più impegno nel sensibilizzare i cittadini non solo sugli stili di vita corretti, ma anche sull'importanza della diagnosi precoce (come ad esempio i programmi di screening di massa della popolazione sono uno strumento fondamentale, che incide profondamente sul diritto alla salute).

Altro punto fondamentale è l'innovazione in campo sanitario. L'interesse per l'innovazione e la ricerca farmaceutica non è solo una questione esclusivamente italiana ma europea: temi caldi sono le criticità della ricerca e la commercializzazione dei farmaci in Europa, affrontati dai direttori generali della politica industriale europea con i 28 rappresentanti dei diversi Stati Membri a Bruxelles. Su questo fronte, le compagnie farmaceutiche italiane hanno avviato una collaborazione con quelle statunitensi – forti nel campo dell'innovazione farmaceutica come detto nel paragrafo precedente – che ha portato alla creazione dell' "Italian American Pharmaceutical Group", progetto che riunisce le maggiori aziende farmaceutiche italiane partecipate da capitale USA che operano in Italia con mezzo miliardo di euro di investimenti annui e con oltre 12.000 dipendenti. Va sottolineato che nel settore farmaceutico il 95% dei

capitali investiti in ricerca è privato. I farmaci innovativi sono un'opportunità per i pazienti ed una risorsa per il Servizio Sanitario Nazionale in quanto riducono il rischio di malattie invalidanti, rendono spesso non necessari interventi chirurgici e riducono o evitano l'ospedalizzazione. Il processo di innovazione e sviluppo di un nuovo farmaco è però molto lungo e complesso, infatti richiede dai 10 ai 15 anni di ricerca. Solo una molecola su diecimila arriva sul mercato e solo 2 su 10 permettono di recuperare i costi in ricerca e sviluppo, che stanno diventando sempre più consistenti. Nel 2001 per sviluppare un prodotto occorreavano circa 800 milioni di dollari; oggi questa cifra è salita a 1,3 miliardi di dollari. Dall'altro lato, il numero di nuove molecole approvate nel mercato globale è diminuito. Diventa sempre più difficile sviluppare farmaci innovativi che riescano ad ottenere condizioni di prezzo di rimborsabilità adeguate. Se analizziamo i dati degli ultimi anni si osserva che 2 molecole su 3 interrompono il loro percorso di sviluppo clinico nella fase 2 di sperimentazione, perché non sono efficaci o perché insorgono problemi di sicurezza, mentre un prodotto su 3 "muore" in fase 3, quando gli investimenti decuplicano in valore assoluto. Pertanto, l'aumento dei costi da una parte e la riduzione della produttività della R&S dall'altra, stanno determinando una trasformazione strutturale a livello globale nel settore farmaceutico.

Nel nostro Paese, il settore farmaceutico è uno dei pochi in grado di generare valore. Una ricerca svolta da Farmindustria ha calcolato che, sommando imposte pagate, stipendi erogati ed investimenti effettuati, il settore farmaceutico, compreso il suo indotto, genera risorse per 13,1 miliardi di euro, esportazioni per 17,2 miliardi di euro, mentre costa al "sistema Italia" circa 12 miliardi. I farmaci quindi non sono esclusivamente un costo, ma anche una risorsa economica che genera salute. Bisogna inoltre tener presente che è sempre più difficile per gli amministratori delegati delle filiali italiane delle multinazionali attrarre investimenti nel nostro Paese: ci confrontiamo con condizioni di accesso all'innovazione penalizzanti rispetto agli altri grandi Paesi europei.

Fattore cruciale per lo sviluppo dell'industria farmaceutica italiana sono gli IDE (investimenti diretti esteri) ed è per questo che diventa sempre più difficile per gli amministratori delegati delle filiali italiane delle multinazionali attrarre investimenti nel nostro Paese: ci confrontiamo con condizioni di accesso all'innovazione penalizzanti rispetto agli altri grandi Paesi europei: ritardi superiori a due anni per l'accesso ai farmaci dopo l'approvazione dell'EMA (European Medicines Agency); prezzi più bassi; minor numero di nuovi prodotti; maggior numero di ostacoli all'accesso; spesa inferiore sui nuovi farmaci rispetto agli altri Paesi europei.

Nonostante ciò il paradosso è rappresentato dal fatto che nel nostro Paese ci sono risorse da investire: i risparmi derivanti dalle scadenze brevettuali hanno "liberato" risorse per circa 900 milioni di euro. È stato anche riservato un fondo di 231 milioni per prodotti innovativi, ma ne

sono stati utilizzati solo 85. Di conseguenza le risorse che vengono sottratte al settore farmaceutico sono spostate altrove per coprire altre voci di bilancio.

Per quanto riguarda la sperimentazione, la situazione rispecchia l'andamento generale del nostro Paese: ritardi, tempi lunghi di autorizzazione e di avvio, frammentazione regionale, scarso coordinamento e contratti diversificati in base alle varie strutture ospedaliere. Tutto ciò è grave, se consideriamo che l'Italia può vantare centri d'eccellenza, non solo in oncologia.

Se vogliamo che il settore farmaceutico continui a creare e generare valore e impiego stabile, dobbiamo recuperare competitività rispetto agli altri Paesi riducendo la frammentazione regionale; è necessario inoltre procedere con l'azzeramento del backlog e i conseguenti ritardi e allineare procedure e standard a quelli europei. Serve anche un maggior coinvolgimento del Ministero dello Sviluppo Economico e una partnership più forte tra i vari Dicasteri e l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). Con questi accorgimenti si può rendere il settore farmaceutico una punta di diamante del nostro sistema economico.

Bibliografia

- ANON., 2014. *Health Insurance Coverage in the United States: 2013* [online]. U.S. Department of Commerce – U.S. CENSUS BUREAU. Disponibile su: <http://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2014/demo/p60-250.pdf> [Data di accesso: 15/06/2015]
- ANON., 2014. *L'innovazione e la ricerca farmaceutica in oncologia* [online]. Disponibile su: <http://www.insiemecontroilcancro.net/pdf/atti25marzo.pdf> [Data di accesso: 12/08/15]
- CENTERS FOR DESEASE CONTROL AND PREVENCTION, 2015. Disponibile su: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/health-expenditures.htm> [Data di accesso: 25/07/2015]
- FEDERFARMA, 2015. *La spesa farmaceutica nel 2014* [online]. Disponibile su : <https://www.federfarma.it/Documenti/spesa/2014/Opuscolo2014.aspx> [Data di accesso: 20/06/2015]
- FREDDI, G., 2012. *L'anomalia americana*. 1° ed. Milano: Vita e Pensiero.
- GAGGI, M., 2009. *America e Italia: Modelli Lontani* [online]. Disponibile su: http://archiviositorio.corriere.it/2009/novembre/09/America_Italia_Modelli_Lontani_co_8_0_91109008.shtml?refresh_ce-cp [Data di accesso: 20/07/2015]
- INTERNAZIONALE, 2014. *Obamacare, è ufficiale: 7,3 milioni di nuovi assicurati nel 2014* [online]. Disponibile su: <http://archivio.internazionale.it/news/stati-uniti/2014/09/19/obamacare-e-ufficiale-73-milioni-di-nuovi-assicurati-nel-2014> [Data di accesso: 08/07/2015]
- MACIOCCO, G., SALVADORI, P., e TEDESCHI, P., 2010. *Le sfide della sanità americana*. Roma: Il pensiero scientifico editore.
- MOORE, C., 2006. *Sicko*. Film documentario. Diretto da Michael MOORE. USA: Dog Eat Dog Films, The Weinstein Company.
- SIFEIT, 2015. *USA, aumento record della spesa farmaceutica 2014: più 13,1% rispetto al 2013, decisiva l'incidenza dei nuovi anti-epatite* [online]. Disponibile su: <http://www.sifeit.it/usa-aumento-record-della-spesa-farmaceutica-2014-piu-131-rispetto-al-2013-decisiva-lincidenza-dei-nuovi-anti-epatite/> [Data di accesso: 13/07/2015]
- THE WORLD BANK, 2015. *Health expenditure, total (% of GDP)*. Disponibile su: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS> [Data di accesso: 27/07/2015]

US. CENSUS BUREAU, 2014. Health insurance coverage in the United States: 2013 [online]. Disponibile su: <http://www.census.gov/content/dam/Census/library> [Data di accesso: 02/08/2015]

VIANELLO, C., 2009. *Barack Obama e la riforma sanitaria* [online]. Disponibile su: http://www.utifar.it/uploads/model_5/barak_obama_e_la_riforma_sanitaria.pdf [Data di accesso: 03/06/2015]